POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

WYCHODZI z końcem każdego miesiąca w objętości 2 do 3 arkuszy.

BIURO REDAKCYI znajduje się: **ul. Wolska l. 15.** — Administracya i ekspedycya: **Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Czapskich l. 4 (dawniej ul. Zgoda);** tamże przyjmuje się ogłoszenia pod następującymi warunkami: cała strona 20 kor., poł str. 12 kor., za wiersz petitowy 1 kor.

CENA ROCZNIKA: W Austryi 15 kor. — W Niemczech 15 mrk. — W Polsce i Rosyi 7 rb. — We Francyi i Belgii 18 franków. — Pojedynczy numer 1·50 kor.

PRZEDPŁATĘ przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowie, Krzyżanowskiego w Krakowie, Leitgebera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Maj. Czerwiec.	→ ROCZNIK SZESNASTY. ←	1914.



KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1914.

Treść



POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Maj. Czerwiec.	→ ROCZNIK SZESNASTY. ←	1914.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. Klin. okul. Uniw. Jag. R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicza.

Nowa operacya opadniętej powieki (ptosis).

Podał

Prof. Dr. B. WICHERKIEWICZ.

Jak wiadomo do opadnięcia powieki górnej przyczynia się brak czynności mięśnia unoszącego powiekę, brak mięśnia tego, porażenie lub niedowład, w słabszym stopniu porażenie mięśnia Myllerowskiego, dalej zgrubienie powieki z powodu czyto zapalenia chrząstki, najczęściej po trachomie, czy też wskutek zbytniego obciążenia tłuszczem (ptosis adiposa). Pozorne opadnięcie wytwarza utratę sprężystości skóry powiekowej u starców zachodząca (ptosis senilis), a także zwiotczenie jej wskutek utraty włókien elastycznych czyli t. z. blepharochalasis.

Nie myślę oczywiście wyczerpująco traktować tego tematu pod względem klinicznym, a pragnę wyłącznie poświęcić kilka uwag opadnięciu powieki ustalonemu i to najczęściej przyrodzonemu. Występuje ono jedno- lub obustronnie, już to wskutek braku mięśnia unoszącego powiekę, już też wskutek niedowładu. Nieraz bywa ono powikłane i innemi przyrodzonemi wadami, jak brakiem czy niedowładem mięśnia górnego prostego, a nawet niedowładem innych mięśni zewnętrznych gałki jak zmarszczką nakątną lub wreszcie wąską szparą (stulejką, blepharophimosis).

Zabiegi operacyjne przeciw powyżej wyróżnionej postaci ptosis polegają najczęściej na przeniesieniu działania mięśnia czołowego na górną powiekę. a w drugim rzędzie na przeniesieniu działania mięśnia górnego, prostego na powiekę. Ostatnie oczywiście nie wchodzi w grę tam, gdzie i ten mięsień nieprawidłowy.

Najliczniejsze zato zabiegi zwracają się w kierunku pierwszym.

Wspomnę tutaj tylko o tem, iż pierwszy pomysł operacyjny w tym kierunku, podany przez Herm. Pagenstechera, wytworzenia blizn przez ropienie wywołane przeprowadzeniem nitek, dziś jako niezgodny ze zasadami antyseptyki, jako operowanemu sprawiający dużo przykrości, a ostatecznie co do wyniku nie dający się dawkować, gdyż podległy ślepemu przypadkowi, nie zasługuje na naśladownictwo.

I operacya Weckera, stanowiąca wielki postęp, ale zawsze polegająca na przeprowadzeniu nitek podskórnych, które blizny wytworzyć mają, aczkolwiek przezemnie często z wynikiem zadowalniającym wykonywana, wymaga wielkiej przezorności technicznej i nie jest przez czas leczenia bez przykrości dla operowanego. Nie zawsze też pewnym bywa zamierzony efekt, wobec tego, że powieka raz będzie zbyt wysoko uniesioną, albo blizna podskórna wypuklenie chrząstki ogarniając, brzeg wolny powieki skłania do zwracania się ku tyłowi, a naturalne wklęśnięcie (sulcus orbito-palpebralis) nie uwydatnia się dostatecznie.

Nie mam atoli zamiaru krytycznych więcej poświęcić uwag innym operacyom, które to samo stawiają sobie zadanie t. j. przeniesienie działania mięśnia czołowego na powiekę, jak Hessa i Panasa, a tem mniej cały szereg takich, które to zadanie przenoszą na miesięń prosty, górny, gdy ten zabieg i trudniejszy i mniej mi się pewnym być zdaje.

Każda z tych operacyi ma pewne dodatnie ale i ujemne strony, żadna z nich nie zadowoliła mnie i dlatego szukałem innych dróg. Czy je znalazłem, nie wiem, ale wykażą je może wyniki opisane niektórych przypadków.

Operacya, którąby pod każdym względem mogła zadowolnić, winna powiekę należycie ustawić, nie za wiele, nie za mało. W pierwszym razie powstałaby bowiem niedomykalność, w drugim pozostałoby może słabsze zwieszenie, ale jawne, rażące.

Powieka powinna być do tego stopnia uniesioną przez operacyę, by odpowiadała warunkom czynnościowym t. j., by chory mógł dobrze otwierać oko i również bez wysiłku domykać powieki. Dalej pożądanem jest, by operacya nie pozostawiła zeszpecenia żadnego i możliwie szybki pociągała za sobą okres leczenia chorego.

Zeszpecenie powstaje głównie wtenczas, gdy zmarszczka skórna, nadająca naturalny powiece wygląd przez zabieg zostaje zniesioną lub wadliwie ustawioną. Zabieg dobry umożliwić powinien dawkowanie, także i z tego względu, by operując oba oczy, równy módz skutek osiągnąć. Inaczej wynik operacyi zależnym byłby od przypadku, któryby niekiedy nierówne powiek ustawienie mógł powodować.

Nie można być sędzią we własnej sprawie, pragnę jednak wyrazić to przekonanie, że wedle dotychczasowych wyników operacya moja posiada powyżej stawiane warunki: jest ściśle celową, łatwo wykonalną, a co najgłówniejsza, pewną i nieszpecącą, a nadto leczenie jej następowe zazwyczaj bywa bardzo krótkie.

W pomyśleniu zabiegu wychodziłem ze założenia, iż zabieg przeciw ptosis podjęty winien wytworzyć ściśle połączenie pomiędzy mięśniem czołowym, a górnym brzegiem chrząstki

powiekowej tak, by umożliwić w przybliżeniu prawidłowe przesunięcie chrząstki na gałce ku górze z wytworzeniem owego wklęśnięcia powiekowo-oczodołowego, nadającego oku wygląd prawidłowy. Zanim zabieg mój uprościłem, wykonywałem go z dobrym skutkiem w następujący sposób i to w narkozie, a czasami w znieczuleniu miejscowem przez zastrzyknięcie kokainy z adrenaliną.

P i e r w s z y o k r e s: Podłożenie płyty Jägerowskiej pod powiekę górną i cięcie poziome lekko łukowate na wysokości

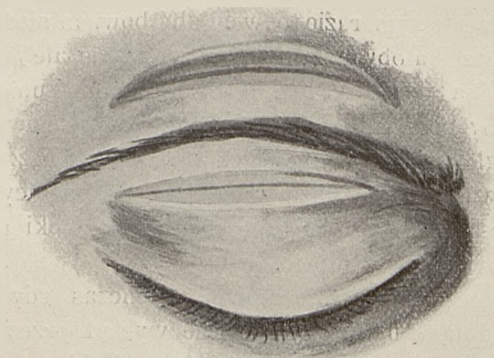


Fig. 1.

górnego brzegu chrząstki przez skórę i mięśnia okrężnego część tarsalną. Drugie cięcie ponad łukiem brwiowym równoległe do poprzedniego. Odłączenie szerokim skalpelem całego mostu skórnego wraz z mięśniem okrężnym.

D r u g i o k r e s: Ujęcie górnego brzegu chrząstki w ranie dolnej w części nosowej i skroniowej nitkami katgutowemi zaopatrzonemi w dwie igły i przeprowadzenie obu igieł pod płatem ku górze a po wyjściu w mięśniu czołowym związanie. Naciągnięcie nitek odpowiadać powinno skutkowi, jaki osięgnąć zamierzamy.

Trzeci okres: Spojenie obu ran skórnych szwami jedwabnymi i założenie opaski zwojowej.

Zagojenie bywa doraźne, a skutek zupełny, jak się przekonać można z fotografii kilku operowanych pacyentów,

By uniknąć atoli wszelkich widocznych blizn, uprościłem w dalszym ciągu ten zabieg, który w postaci, jak ją niżej podaję, odpowiada zdaniem mojem wszelkim w tym kierunku stawianym wymogom.

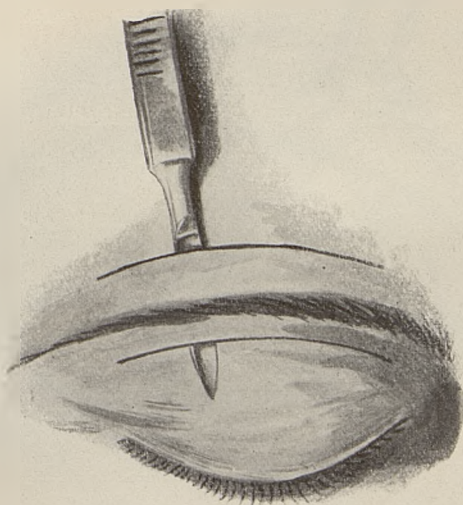


Fig. 2.

Operacya moja zmieniona z następujących składa się części:

1) Cięcie skórne tylko jedno i to łukowate ku górze w miejscu ogolonego łuku brwiowego 2·5—3 cm. długie. Stąd odłączam najprzód skórę ku górze w przybliżeniu aż do górnego brzegu mięśnia okrężnego.

2) Wprowadziwszy skalpel pod ten mięsień, odłączam go wraz ze skórą od podstawy aż do górnego brzegu chrząstki i to na podłożonej pod powiekę płycie Jägerowskiej, jaknajbardziej ku górze podsuniętej.

3) Asystent odciąga mi teraz odłączoną skórę z mięśniem jaknajsilniej ku dołowi, sam zaś w skroniowej połowie bliżej środka zahaczywszy mięsień tarsalny przeprowadzam przezeń i przez powierzchnię chrząstki, nitkę katgutową w 2 igły zaopatrzoną, a następnie pod górnym brzegiem rany skórnej ta-

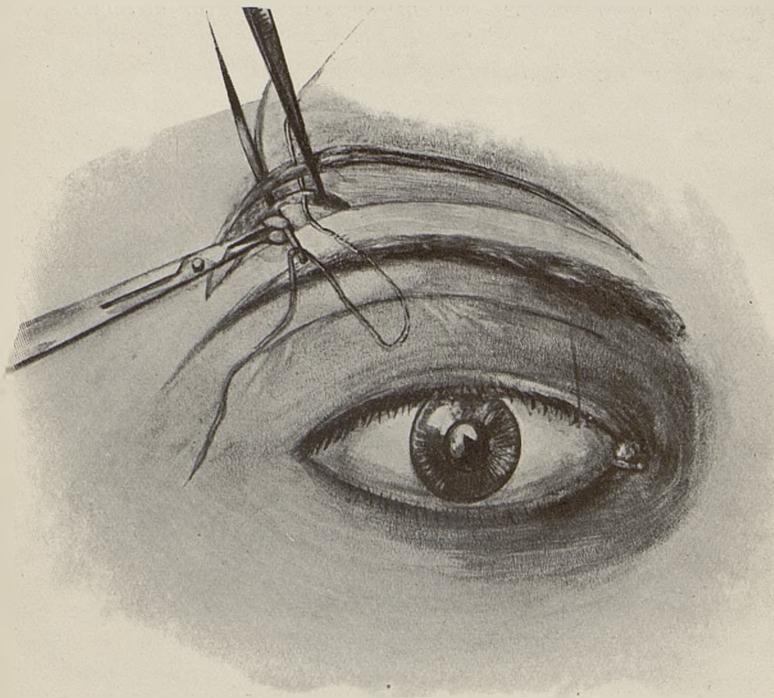


Fig. 3.

kowe przez mięsień czołowy. Drugą igłę tego katgutu wkłuwam o 1 cm. dalej ku nosowi również przez mięsień i chrząstkę, a prowadząc dalej ku górze, przekłuwam nią mięsień czołowy obok pierwszej nitki. Odłączywszy igły, związuję nitki, naciągnąwszy do stopnia wystarczającego, by powiekę należycie unieść. To samo czynię z drugą nitką w nosowej połowie.

Odciąwszy końce katgutu, kilku jedwabnymi szwami zamykam ranę skórną i zakładam na kilka dni opaskę, szwy zaś skórne po 4—5 dniach wyjmuje się, po czem sprawa ukończona. Po nieznacznym zazwyczaj obrzęku odczynowym występuje zupełny skutek.

Przypadłości: Zdarzyć się może, iż operator chwyci powiekę za nisko, wtenczas podnosiłby się brzeg wolny powieki od gałki lub chwyta na samej wypukłości chrząstki, a w takim razie przeciwnie byłaby skłonność przy naciąga-

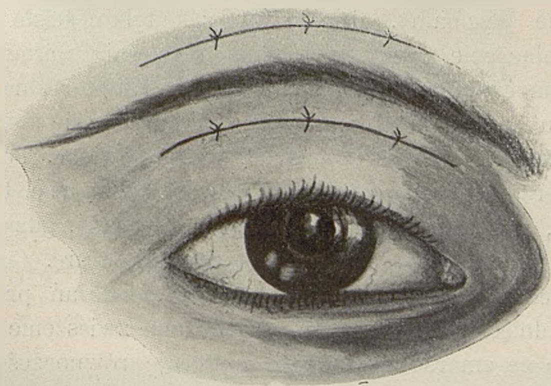


Fig. 4.

niu katgutu zwracania się brzegu wolnego ku zewnątrz. Skoro spostrzegamy błąd, wypada natychmiast wyjąć wadliwie przeprowadzoną nitkę katgutową i powtórnie ją założyć prawidłowo. Przy zachowaniu uwagi należytej łatwo atoli uniknąć tej małej nieprzyjemności. Dalej zdarza się, iż zbyt silnie naciągnęliśmy katgut, a wtenczas lekka powstaje niedomykalność (lagophthalmus). Temu zapobiegamy przez uchwycenie brzegu powiekowego i naciąganiu go ku dołowi.

Czasami reakcya bywa silniejszą, powieki nabrzmiewają i skutek zdaje się być chybionym. Po okładach jednak zimnych, względnie po zakładaniu opaski Salzwedlowskiej (spirytuso-

wej) nabrzmienie ustępuje i skutek nieco później ale w całej pełni występuje.

Powieka uniesiona należycie przez ten zabieg pozostaje w tak stworzonem położeniu, powierzchnia powieki poprzednio gładka przybiera zagłębienie prawidłowe, gdyż katgut pociągając górny brzeg chrząstki powieki pod grubym podkładem skórnym i mięśnia okrężnego, tworzy na powiece owo naturalne wgłębienie powiekowo-oczodołowe.

Niedomykalności nie spostrzegałem w moich przypadkach, a sądzę, że ona wogóle niemożliwa, gdyż cały zupełnie zabieg polega na chirurgii zachowawczej, gdzie więc żadnej tkanki nie wycinamy. Stwarzamy zaś tylko ścisłe celowe trwałe połączenie chrząstki i włókien mięśnia obrączkowego z mięśniem czołowym. Włókna więc łukowate tarsalne dostają w mięśniu czołowym punkt oparcia, a kurcząc się mogą same, a tem więcej z pomocą czołowego, unosić powiekę. Tu też widzimy nieraz, że przy otwieraniu powiek czoło nie tyle się marszczy, jak przy innych podobnych zabiegach, gdzie wpływ włókien obrączkowego mięśnia nie wchodzi w grę.

A teraz jeszcze słów kilka co do powikłań przyrodzonego opadnięcia. Tam gdzie przyrodzone zwieszenie powieki połączone ze zmarszczką nakątną, operuję równocześnie i takową moim sposobem t. j. przez wycięcie romboidalnego płatka w kąciku wewnętrznym. W razie stulejki powiek można przedewszystkiem takową równocześnie przez rozcięcie kącika zewnętrznego (Oper. Ammona) operować. Nieraz i te małe zabiegi słabe opadnięcie dostatecznie poprawią. Przy silniejszych zaś, gdzie osobnik nie jest w stanie patrzeć bez przechylania głowy w tył, obie operacye równocześnie albo po sobie wykonane być winny.

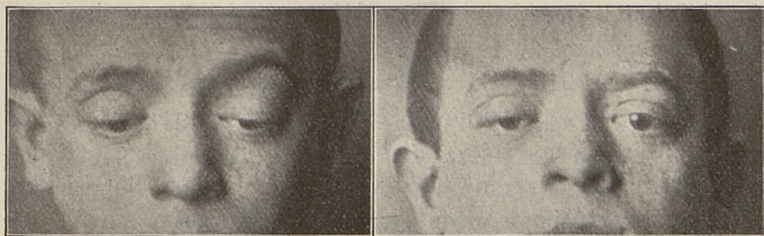
Dla wykazania skuteczności mojej metody pozwolę sobie na zakończenie w streszczeniu przytoczyć z wielu operowanych przypadków choć kilka i to o tyle o ile właśnie wykonano fotografie chorych, by najlepiej skutek ilustrować.

1. Jedna z pierwszych moim sposobem operowana to, dziewczynka 14-letnia zeszpecona zupełnem zwieszczeniem le-

wej górnej powieki. Operacyę wykonałem w r. 1905 a jak rysnuek zrobiony z fotografii wykazuje, obie szpary stały się równe. Operacyę przebytą znaczy tylko lekki wał okolicy łuku brwiowego, który z czasem zupełnie znikł, czyniąc jeszcze wydatniejszym skutek operacyi.



2. Maurycy Foester z Pr. został mi przedstawionym jako chłopczyna 8-letni w r. 1905 przez ojca z nadmienieniem, że chłopiec tak jaki matka ma powieki od urodzenia opadnięte a wi-



dzi tylko przechylając głowę w tył. Wykonałem tylko na prawej górnej powiecie operacyę Panasa ze skutkiem zadawalniającym. Ponieważ chłopiec już mógł posługiwać się okiem tem, którego wzrok się poprawił, ojciec nie dbał o oko drugie. Ale pacyent już jako młodzieniec zjawia się w końcu stycznia 1911 by i lewe oko poddać operacyi.

Badanie wykazuje, że szpara powiekowa pro, wynosi 6 mm (lewego 4 mm). Poniżej łuku brwiowego blizna zaciągnięta dość silnie.

Operacyę wykonałem na lewem oku dn. 31/1 1911 wedle mego sposobu przyszywając katgutem mięsień tarsalny do mięśnia czołowego.

Przebieg operacyi i pooperacyjny prawidłowy, a chory po wzgl. niezbyt długim czasie dla utrwalenia wyglądu pooperacyjnego fotografowany. Porównując na rysunku z tej fotografii dokonanym oba oczy łatwo można dojść do przekona-



nia, że skutek operacyi lewego oka przemawia za wyższością tego właśnie zabiegu.

3. W r. 1910 24/1 zjawia się 18 l. panna Mysl. z powodu czasowo występujących zaćmień ócz, przyczem stwierdzam przyrodzoną wadę lo. Powieka górna opuszczona pokrywa rogówkę do połowy, gałka zbacza za zew. 35° i lekko do góry. Przy usilnem podnoszeniu powieka nieco stawia się wyżej ale tylko z równoczesnem zwrotem prawej gałki ku górze gdy rectus superior. oi. sin. niedowładny. Ku wewn. gałka nie dochodzi 4 mm. do miąska, źrenica 2 mm. szeroka, na światło nie oddziałuje. Nerv. supra, et infraorb bolesny na dotyk. Po homatrop. źrenica rozszerza się na 6 mm. po poprzedzającym hippus. Oft: dno praw. W. lo.=10/18 cyl. 3.5 30 n comb. + 2, o Sn 0.5 cyl. comb. + 4:28 cm. Prawe oko prawidłowe.

Rozpoznanie brzmiało : Ptosis palp. super., strabism. di-

vergens, iridoplegia o. sin. e paresi partiali oculomtorii. Zwieszenie powieki operowałem w r. 1910 moim sposobem robiąc cięcie nad łukiem brwiowym, a drugie na wysokości g. brzegu chrząstki. Przebieg prawidłowy. W r. 1911 9/1 Tenotomia externi w zwykły sposób ze założeniem szwu wzmacniającego nad rectus internus. Skutek mimo silnej porażennej deviacyi dobry, pozostała tylko bardzo słaba diverg. około 5°.

4. F. Pelagia, 22 l. wyrobnica. Od urodzenia powiek podnosić nie może. Szpary są wąskie i zaledwo nieco powieki podnoszą się pod wpływem frontalis nadto zmarszczka nakątna, którą usunąłem na obu oczach moim sposobem z do-



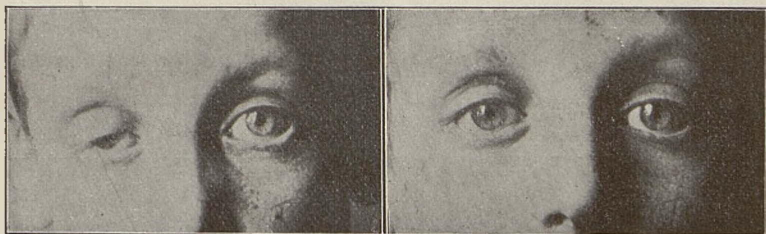
brym skutkiem. Operacyę zwieszenia powieki wykonałem w r. 1910 13/12 na prawem oku w następujący sposób: Cięcie ponad łukiem brwiowym i drugie niżej lekko łukowate, oba do siebie równoległe. Podminowanie mostu i przyszycie dolnego brzegu niższej rany katgutowymi szwami pod górny brzeg wyższej rany t. j. ponad łukiem brwiowym do mięśnia czołowego i zeszycie tylko górnej rany trzema szwami jedwabnymi. Tu więc most skórny częściowo spuszczał się na skórę górnej powieki.

W dwa dni później wykonałem operacyę na lewem oku w odmienny sposób o tyle, że nie skórę powiekową wszyłem w okólicę frontalis ale przeciąłem mięsień obrączkowy równolegle do brzegu i nieco poniżej górnego brzegu chrząstki, a na-

stępnie dwoma szwami katgutowymi mięsień ten przytwierdziłem do frontalis, a obie rany skórne szwami jedwabnymi zeszyłem.

Przebieg w obu przypadkach był dobrym, wynik jednak pod względem wyglądu i sprawności powiek wydawał mi się lepszym na lewem oku.

5. Mazur Franciszek, 6-letni chłopiec, przybył 6/5 b. r. Powieka prawego oka zwieszona od urodzenia. Poród był pra-



widłowy. Szpara powiekowa pro: 3 m lo: 1 o mm, przy udziale czołowego 5 i 12.

12/5 operacya w narkozie chloroformowej. Cięcie nad łukiem brwiowym a drugie poniżej górnego brzegu chrząstki, przeprowadzenie dwóch nitek katgutowych, zeszycie górnej rany skórnej trzema szwami jedwabnymi, gdy brzegi dolnej przylegają. Na razie skutek był większy aniżeliby to odpowiadało położeniu górnej lewej powieki. Opaska jednostronna. W następnych dniach powieki były nieco obrzmiałe, co jednak po kilkunastu dniach ustąpiło, a skutek jak fotografia wykonana w dwa tygodnie po operacyi wykazuje, bardzo dobry.

Aczkolwiek ilość w ten sposób operowanych przeze mnie osób jest już wcale pokaźną, to ograniczam się jednak, by nie nużyć czytelnika, do powyższych kilku, z których każdy przedstawia pewne odrębności, gdy wszystkie pochodzeniem przyrodzonem sobie pokrewne.

Zabieg powyżej przeze mnie omówiony i przykładami ilustrowany wykonuję od szeregu lat, uprościwszy jego wyko-

nanie w sposób, który jak sądzę odpowiada najzupełniej wszystkim wymogom. Nie spieszyłem się z jego publikacyą, by lepiej osądzić skutek późniejszy i wydoskonalić metodę. Natomiast wspomniałem o niej, bliższe podając szczegóły w dyskusyi nad wykładem prof. Macheka o tegoż operacyi zwieszenia powieki na zjeździe lek. i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1911. Ogłosiwszy swój odczyt później jeszcze także w Tygodniku lekar. lwowskim Nr. 22, 1913 (o operacyjnem leczeniu opadnięcia powieki) autor szczegółowo metodę swą omawia poprzedzając opis przeglądem prawie wszystkich zabiegów znanych mu z literatury z pominięciem jednak tej właśnie metody, którą sam niedawno z dyskusyi musiał był poznać w Krakowie.

Uważając sobie za obowiązek narodowy, nie pomijać przedewszystkiem tego, co na własnej wzrosło glebie naukowej, gdy o nas obcy tak chętnie, a tak systematycznie zapominają albo naszemu dorobkowi nadawają markę obcą, nie mając nawet zamiaru, bo wyręczyli mnie w tem inni, zestawienia tak licznych dziś już znanych sposobów operacyjnych podejmowanych dla wzmiankowanej wady ocznej, korzystam właśnie ze sposobności, by streścić przynajmniej pracę prof. Macheka jako powstałą z pracowni polskiej.

Machek robi kilka mm. ponad wolnym brzegiem powiekowem cięcie poziome, drugie 5—6 mm. ponad tem równoległe nieco dłuższe. Pas temi cięciami ograniczony przecina w środku trzeciem cięciem pionowem i dwa powstałe pasy skóry odłącza aż do podstaw. Obosieczny nóż przeprowadza tak w zewn. jak i w wewnątrz. kącie rany skórnej a zatem przy podstawie płatów ku górze i głęboko pod skórą, ponad brwi. Sondą rowkowaną w ten kanał wprowadza po jednej i po drugiej stronie pasy skóry, ujęte na końcach w nitkę, na obu końcach zaopatrzoną w igły i przytwierdza nie wiedzieć czy do brzegu rany skórnej czy pod skórą. Szwy wyjmuje się po kilku dniach. Autor chwali skuteczność operacyi

z powodu ścisłego skutku, zachowania górnej zmarszczki skórnej i zagojenia szybkiego ran w przeciągu dwu tygodni.

Sądzę, że to operacya w rodzaju operacyi Panasa, tylko może nieco od niej łatwiejsza do wykonania. Sam jednak ani w ten sposób operowanych nie widziawszy, ani operacyi tej nie wykonawszy nie mogę sobie sądu o jej wartości a zwłaszcza wyższości nad innemi albo równorzędności wyrobić.

Fotografie dołączone do publikacyi przemawiałyby za skutecznością zabiegu.

Ze stanowiska teoretycznego atoli miałbym jej chyba do zarzucenia to, co mi się w operacyi Panasa nie podoba t. j. zgrubienie powieki przez duplikaturę skóry i blizny nawet w razie zagojenia doraźnego, na powiece występujące a tem więcej, gdy z jakiegokolwiek powodu rychłozrost dozna zaburzenia.

W jednym z ostatnich numerów Med. Klinik (Nr. 38) z 21 września z. r.) Elschnig w artykule »Über Ptosisoperation« (Arch. f. kl. Aug. Bd. 92 p. 888) omawia operacyę P a y r a polegającą na użyciu pasa powięzi szerokiej dla połączenia podskórnego powieki z mięśniem czołowym. Sam naśladuje to postępowanie o tyle, iż materyału tego używa do wykonywania sposobu operacyjnego Hessa. Jak wiadomo tegoż operacya jest właściwie tylko modyfikacyą operacyi Pagenstechera, z tą różnicą, iż połączona ze skórnem cięciem przeprowadzonem w łuku brwiowym, z podminowaniem skóry powiekowej i przeprowadzeniem trzech nitek Pagenstecherowskich przez skórę odpreparowaną. Nitki te pod skórą czołową 2 cm. ponad łukiem brwiowym związane na wałeczku pozostają przez 12 dni. Czasami w miarę potrzeby naciąga się je silniej.

Elschnig więc robi takie samo cięcie skórne jak Hess, a wyciąwszy z uda $3^1/_2 \times 4$ cm. skóry kawałek powięzi szerokiej, z jednej strony przytwierdza go ciągłym szwem do mięśnia czołowego, a z drugiej strony dwiema podwójnemi nitkami pod powiekową skórę przeprowadza, nitki zaś 1 cm. ponad wolnym brzegiem powieki związuje na cieniutkich wałeczkach co połączone jest z utworzeniem skórnej zmarszczki dostatecznie

powiekę unoszącej. Pomijając zupełnie utrudnienie operacyi celem zdobycia materyału owego powięziowego, uznać muszę tak operacyę Hessa jak i tegoż zmienioną przez Elschniga na sposób Payrowski jako zabiegi, które mogą wprawdzie do celu prowadzić, ale nie wykluczają ujemnych stron operacyi Pagenstechera i Weckera nawet.

Zresztą tak jak reprodukcya fotografii operowanej osoby w pracy Hessa (Arch. f. Augenh. 1894 p. 23) wykazuje wcale dobry wynik, tak nie można tego z rysunku wywnioskować o wyniku jednostronnej operacyi Elschniga. Powieka wprawdzie dość dobrze podniesiona ale szpeci ją gruba zmarszczka.

Chcąc o skuteczności operacyi wyrokować niezbędnym warunkiem pozostanie zawsze badanie operowanych w rozmaitych okresach czasu. Dopiero późniejsze okresy czasu wykażą nam w jednym albo w drugim kierunku niespodzianki. Operowałem wedle Weckera na jednem oku chorą, która po kilku latach z innem cierpieniem się zgłosiła. Dopiero protokół przypomniał mi, że to opadnięcie przyrodzone powieki u tej chorej operowałem; tak powieki stały równo a tak mało blizny się znaczyły.

To też nie mając zamiaru mej powyżej opisanej metody operacyjnej uznać za wyższą po nad wszystkie dotychczas znane śmiem ją jednak polecić jako pewną, szybką a nie szpecącą.

Z Oddziału ocznego szpitala św. Zofii we Lwowie.

Przyczynek do statystyki ślepoty u dzieci.

Podał

Prof. Dr. A. BEDNARSKI.

W roku 1910 ogłosiłem w Tygodniku Lekarkim a w roku 1911 w Arch. d'Ophtalm. statystykę ślepoty u dzieci, opartą

na materyale zebranym w szpitalu św. Zofii we Lwowie w latach 1904—1909. Od tego czasu minęło lat 4 i przez ten czas prowadziłem dalej zapiski, dotyczące przyczyn ślepoty u dzieci i zebrałem dalszych 112 przypadków ślepoty i 202 przypadków utraty wzroku na jednem oku.

W tablicy, umieszczonej poniżej, przytoczyłem obok przypadków z r. 1910—1913, także przypadki dawniejsze przezemnie zebrane, aby razem z jednych i drugich obliczyć wspólny procent, tak, że dzisiejsza statystyka moja opiera się na 212 przypadkach ślepoty i 402 przypadkach zaniewidzenia na jedno oko razem na 614 przypadkach.

Przypadki z r. 1904—1909 omówiłem w poprzedniej publikacyi (l. c.), tutaj pozwolę sobie omówić przypadki z lat 1910—1913.

1. Cierpienia wrodzone dały powód do ślepoty w 23 przypadkach:

13 przypadków microphtalmus v. anophtalmus cong., między tymi w jednym przypadku obustronna torbiel powieki dolnej.

13 przypadków zaniku nerwów wzrokowych, z tych jeden powikłany zaćmą szczątkową, drzeniem tęczówki i drzeniem gałek, drugi ubytkiem wrodzonym naczyniówki, zaś w 3 przypadku zanik tarczy nerwów wzrokowych dotyczył dziecka z wrodzonem wodogłowiem, tarcze były małe, jakby niedorozwinięte.

1 przypadek retinitis pigmentosa.

1 przypadek glaucoma infantile.

3 przypadki amaurozy bez zmian anatomicznych, z tych jeden u dziecka z mikrocefalią.

1 wreszcie przypadek zaćmy powikłanej.

W 10 przypadkach była ślepota jednego oka:

5 przypadków jaskry dziecięcej.

3 przypadki gałek zarodkowych.

2 przypadki zaćmy powikłanej.

W przypadkach ślepoty wrodzonej, gdyby była sposo-

bność badania krwi Wassermannem, może dałoby się w niejednem wykryć kiłę, jako przyczynę ślepoty.

2. Śluzoropotok dał powód w 16 przypadkach do ślepoty, zaś w 27 przypadkach dzieci utraciły wzrok na jednem oku. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym 8 letnia dziewczynka, zarażona od swej siostry nowonarodzonej, dotkniętej śluzoropotokiem, straciła jedno oko, były to wszystko przypadki śluzoropotoku noworodków.

3. W następstwie zapalenia pryszczykowego spojówki (kerato-conj. phlyct.) i gruźlicy oślepło 15 dzieci. Między temi w jednym przypadku przyszło do ślepoty w następstwie zmięknienia rogówek, skutkiem *enteritis chronica* na tle gruźliczem. Nadto jeszcze w dwóch przypadkach zapalenie pryszczykowe było powikłane przez *enteritis follicularis*, i prawdopodobnie dlatego przyszło w tych dwóch przypadkach do zropienia rogówek; obraz kliniczny nie odpowiadał zmięknieniu rogówek raczej ciężkiej keratitis phlyctenulosa i dlatego przypadki te zaliczyłem do grupy gruźlicy. Wreszcie jedno dziecko oślepło skutkiem zapalenia jagodówki na tle gruźliczem. Reszta 11 przypadków odnoszą się do ślepoty w następstwie zapalenia pryszczykowego.

Co do utraty wzroku na jednem oku w 68 przypadkach, to były to prawie wyłącznie, bo w 66 przypadkach ciężkie zapalenia pryszczykowe rogówki, gdzie za zgłoszeniem się dzieci do szpitala stwierdzano *suppuratio corneae*, *prolapsus iridis*, często *totius*. W jednym tylko przypadku była *keratitis e lagophtalmo* u dziecka, które później zmarło na gruzełek móżdżku, zaś w drugim przypadku było zmięknienie rogówki u dziecka wyniszczonego, z zapaleniem oskrzeli, z wybitnymi objawami gruźlicy (Pirquet był w tym przypadku ujemny).

4. Po Kurze oślepło 7 dzieci, z tych u dwojga stwierdzono zmięknienie rogówek, u jednego ciężkie zapalenie pryszczykowe. Troje zgłosiło się do ambulatoryum już ze zupełnem zbliznowaceniem rogówek, a jedno ze zanikiem gałek, przyczem wedle wywiadów dzieci te wśród kuru, względnie wkrótce po kurze, utraciły wzrok.

Sześcioro dzieci utraciło wzrok na jednem oku: W dwóch przypadkach stwierdzono *panophtalmitis*. W jednym przypadku już zbliznowanie rogówki, w jednym zanik gałki, wedle wywiadów choroba oka wystąpiła wśród kuru lub tuż po kurze. W jednym przypadku po kurze przyszło do *noma*, potem do martwicy brzegu oczodołowego, odwinięcia powieki, zropienia rogówki i zaniku gałki. Wreszcie w ostatnim przypadku w dwa miesiące po kurze przyszło do zapalenia płuc, przy którem wytworzył się wrzód rogówki i wypadnięcie tęczówki — możnaby więc ten przypadek także zaliczyć do rubryki utraty oka w następstwie zapalenia płuc ewentualnie gruźlicy.

5. Płonica dała powód w dwóch przypadkach do ślepoty. W jednym stwierdziłem już obustronny garbiak rogówki, po przebytej wśród płonicy sprawie zapalnej oczu, w drugim przypadku stwierdziłem na oddziale zakaźnym obustronne zmięknienie rogówek.

W 8 przypadkach utraty jednego oka stwierdziłem: w jednym przypadku *panophtalmitis*, w drugim obraz *keratit. phlyct. malign.*, w innych już stan następowy a mianowicie w 2 przypadkach leucoma corn. tot. adh., w 2 przypadkach staphyl. corn. tot., a w 2 przypadkach phtisis bulbi.

6. Zapalenie płuc (broncho pneumonia) dało w jednym przypadku powód do zmięknienia rogówek. Pirquet był ujemny.

7. Zapalenie mózgu, opon, wodogłowie. Oślepło 12 dzieci. 6-cioro oślepło po zapaleniu mózgu, przyczem w 3 przypadkach stwierdziłem uveitis metastatica, w 2 przypadkach zanik nerwu wzrokowego, a w jednym przypadku amblyopię. Zniekształcenie czaszki połączone z zanikiem nerwu wzrokowego po przebytem zapaleniu tegoż dało powód w 3 przypadkach do ślepoty. Wodogłowie w 2 przypadkach doprowadziło do ślepoty, przyczem stwierdzono zanik nerwu wzrokowego raz po neuritis, raz prosty. Jedno dziecko straciło wzrok na jednem oku z powodu uveitis metastatica po zapaleniu mózgu.

8. Inne choroby zakaźne. Tutaj zaliczyć należy 4

przypadki ślepoty. W 2 przypadkach była uveitis plast. metast. na obu oczach. W jednym przypadku również uveit. plast. metast. ale tylko na jednem oku u dziecka, które poprzednio utraciło drugie oko z powodu śluzoropotoku noworodków. W czwartym przypadku stwierdzono na jednem oku zanik gałki, a na drugiem zaćmę powikłaną, utrata wzroku nastąpiło rzekomo po tyfusie.

Jedno oko utraciło 3-je dzieci: w dwóch przypadkach stwierdzono uveit. metast., zaś w jednym staphyloma corn. tot. rzekomo po tyfusie.

9. Zapalenie jelit mieszkowe dało powód w 24 przypadkach do ślepoty, w następstwie prawie wyłącznie zmięknienia rogówek, stwierdzonych w ambulatoryum. W jednym przypadku tylko stwierdzono leucoma corneae, a w drugim staphyloma corneae, które również, jak należało sądzić z wywiadów, były następstwem zmięknienia rogówek. W jednym przypadku obraz anatomiczny zajęcia rogówek odpowiadał raczej obrazowi kerat. phlyct. malign. u dziecka 16 m., które oprócz zapalenia jelit cierpiało na zajęcie oskrzeli. Pirquet był +, dziecko to zmarło.

W jednym przypadku przyszło do panophtalmitis w następstwie zmięknienia rogówek.

Co do wieku: 6 dzieci w 1 r. ż., 3 dzieci w 2 r. ż., 9 dzieci w 3 r, ż., 3 dzieci w 4 r. ż., 2 dzieci w 5 r. ż., a więc najwięcej dzieci oślepło z powodu zaburzenia w odżywianiu i zmięknienia rogówek w 1 roku życia, zaś granica wieku nie przekraczała lat 5.

Oprócz zapalenia jelit u 6 dzieci stwierdzono równocześnie broncho-pneumonię, która również mogła się przyczynić do ociemnienia.

16 dzieci straciło wzrok na jednem z powodu zapalenia jelit mieszkowego w następstwie głównie zmięknienia rogówek. W 3 przypadkach stwierdzono już bliznowacenie rogówki po przebytej sprawie. W jednym przypadku obraz anatomiczny sprawy rogówkowej był podobny do zapalenia pryszczykowego

złośliwego, zaś w jednym przypadku był wrzód rogówkowy, nadto ropne zapalenie tęczówki i zarośnięcie źrenicy.

Jedno dziecko zmarło, oprócz zapalenia jelit mieszkowego cierpiało na zapalenie płuc, pyothorax. Pirquet ujemny.

Próba skórna Pirqueta w przypadkach keratomalacyi była najczęściej ujemna, mimo, że w niektórych przypadkach, oprócz enteritis, stwierdzono objawy świadczące za gruźlicą, jak bronchitis, broncho pneumonia. Na 9 przypadków badanych był Pirquet w 6 ujemny, w 3 dodatni.

Podnieść tutaj jeszcze muszę dużą ilość (15) przypadków zmięknienia rogówek w r. 1913, co chyba należy odnieść do klęski głodowej, spowodowanej nieurodzajem a nadto mobilizacyą, skutkiem czego niejedna matka musiała pracować za domem na utrzymanie rodziny, pozostawiając dzieci bez opieki. Rok był bardzo mokry.

Aby mieć cały pogląd na sprawę chorobową zmięknienia rogówek u dzieci, należałoby jeszcze tutaj, obok wyżej wymienionych przypadków ślepoty względnie utraty widzenia na jednem oku, dodać i omówić szereg przypadków leczonych w tymże czasie w szpitaliku z powodu keratomalacyi i wyleczonych; omówienie tego jednak za dalekoby mię zaprowadziło i nie stoi w związku ze ślepotą, może na innem miejscu będę miał sposobność sprawę tę poruszyć.

11. Z powodu jaglicy jedno dziecko 8 l. oślepło, sprawa była powikłana zołzami, Pirquet był dodatni, tak, że i kerat. phlyct. względnie gruźlica przyczyniła się tutaj do zaniewidzenia.

12. Uraz. Na oba oczy nie oślepło żadne dziecko w następstwie urazu. Na jednem oku straciło wzrok 39 dzieci, a to skutkiem najrozmaitszych urazów jak: przez skaleczenie nożem 4 przyp., patykiem 4 przyp., nożyczkami 2 przyp., szydłem 2 przyp., po oparzeniu w 2 przyp., a wreszcie po jednym przypadku zadziałały: upadek, ukąszenie przez pszczołę, dzióbnięcie przez kurę, uderzenie kiczką, gwoździem, szkłem, tarkiem, szewską raszplą, sankami, kopnięcie przez konia, przyciśnięcie przez koło.

13. Z powodu nowotworu oślepło dwoje dzieci: u jednego był guz mózgu i tarcze zastoinowe, u drugiego obustronny glejak siatkówki. 9 dzieci utraciło jedno oko, we wszystkich dziewięciu przypadkach w następstwie glejaka siatkówki.

16. Przyczyna nieznana, przyczem obraz anatomiczny choroby był znany, spowodowała ślepotę w 5 przypadkach. W trzech stwierdzono garbiaki rogówek, w czwartym zapalenie plastyczne jagodówki (podejrzenie na glejak siatkówki), w piątym zarośnięcie źrenicy, zapalenie jagodówki (podejrzenie na kiłę wrodzoną).

Jedno oko straciło 15 dzieci, stwierdzono: w 4 przyp. zaćmę powikłaną, w 2 przyp. garbiaka rogówki, w 1 przyp. garbiaka rogówki i jaskrę następową, w 3 przyp. leucoma corn. adh. przyczem jedno dziecko straciło oko w następstwie glaucoma a drugie w następstwie uveitis. W 1 przyp. zanik gałki, w 1 przyp. iritis purulenta u dziecka 3 miesięcznego. W 2 przyp. uveitis metast., w 1 przyp. zanik prosty nerwu wzrokowego.

Następująca tablica wykazuje zestawienie przypadków ślepoty i zaniewidzenia na jedno oko powyżej omówionych, a obok tychże w osobnej rubryce umieszczone są przypadki moje z lat 1904—1909, które dawniej opisałem (l. c.). Procent obliczony jest wspólny z jednych i drugich.

Z zestawienia powyższego wynika, że najwięcej dzieci ślepnie z powodu zapalenia pryszczykowego spojówki i gruźlicy, bo 22·59%, następnie z powodu cierpień wrodzonych 21·69%, potem z powodu śluzoropotoku noworodków 14·62%. Zapalenie jelit mieszkowe jest także w wielu przypadkach powodem ślepoty w następstwie zmięknienia rogówek, bo w 13·20%. Sprawy mózgowe, jak zapalenie mózgu względnie opon, wodogłowie, zniekształcenia czaszki są w 9·99% prrzypadków przyczyną ślepoty. Kur wedle naszej statystyki częściej jest przyczyną ślepoty, aniżeli płonica, bo 4·7% wobec 2·83%.

Zestawienia naszego odnośnie do zapalenia pryszczykowego spojówki nie możemy porównać ze statystykami

Z przyczyny	oślepło				zaniewidziało na jedno oko			
	1904—1909	1910—1913	razem	%	1904—1909	1910—1913	razem	%
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1. Cierpień wrodzonych .	23	23	46	21·69	2	10	12	2·98
2. Śluzoropotoku	15	16	31	14·62	24	27	51	12·68
3. Zapalenia pryszczykowego rogówki, gruźlicy . .	33	15	8	22·59	118	68	186	46·26
4. Kuru	3	7	10	4·71	10	6	16	3·98
5. Płonicy	4	2	6	2·83	3	8	11	2·73
6. Zapalenia płuc	1	1	2	0·94	1	—	1	0·24
7. *a*) zapal. mózgu — opon	5	7			5	1	6	1·49
b) wodogłowia (zniekształcenie czaszki) .	4	5			—	—	—	—
	9	12	21	9·99				
8. Innych chorób gorączkowych	—	4	4	1·88	—	3	3	0·74
9. zapal. jelit mieszkowego	4	24	28	13·20	2	16	18	4·47
10. Kiły	1	—	1	0·47	—	—	—	—
11. Jaglicy	—	1	1	0·47	1	—	1	0·24
12. Urazu.	2	—	2	0·94	21	39	60	14·92
13. Nowotworu	—	2	2	0·94	5	9	14	3·48
14. Krótkiego wzroku . .	1	—	1	0·47	—	—	—	—
15. Plamicy Werlhofa . .	1	—	1	0·47	—	—	—	—
16. Z przyczyny nieznanej	3	5	8	3·77	8	15	23	5·72
Razem . .	100	112	212		200	202	402	

innych autorów, gdyż cierpienia tego, mimo, że między przyczynami ślepoty u dzieci odgrywa rolę pierwszorzędną, nie

uwzględniają. Schwarzkopf jedynie przytacza 79 przypadków ślepoty (16·96%) w następstwie zapaleń rogówki, nadmieniając, że w przeważnej ilości przypadków rozchodziło się o oftalmie zołzowe. Nadto Scholtz oblicza na Węgrzech procent ślepoty ze zołzów na 2·85% (27 przyp.).

Wady utworowe wedle Andogskiego stanowią 2·5% ślepoty (badał 405 ślepych różnego wieku w Rosyi). Wedle Reussa w Austryi przypada 12·59% na ślepotę wrodzoną. Wedle statystyki krajowej Rady zdrowia w Galicyi było w roku 1899 ślepych od urodzenia 1123 tj. 23·3%, w r. 1905 23·8%, w r. 1906 i 1907 21·1%. Hart oblicza procent ślepoty wrodzonej na 6·8% (zestawił 4303 ślepych z kliniki w Tübingen), licząc zaś tylko dzieci do 10 r. ż. 25·8% (306 dzieci). Putiana-Kerschbaumer znalazła tylko 0·6% ślepoty wrodzonej na Syberyi, przy zestawieniu 1963 przypadków ślepoty. Imre 3·31%, Schaidler 7·65%, Golowin 1·8%. W r. 1906 było w Austryi na 13970 ślepych 2077 ślepych od urodzenia (Die Blinden in Österreich. Wien 1908).

Jak z tego widzimy cyfry poszczególnych autorów daleko odbiegają od siebie, największy procent ciemnych od urodzenia podaje statystyka krajowej Rady Zdrowia w Galicyi bo 21·1% z r. 1906 i 1907. Cyfra ta wydaje nam się za dużą w porównaniu z zestawieniem Reussa, który oblicza procent ślepoty wrodzonej w Austryi na 12·59% i w porównaniu z naszą statystyką, która wprawdzie podaje 21·60%, ale odnosi się tylko do dzieci. Statystyka kraj. Rady Zdrowia nie zgadza się także ze statystyką Harta, który jak wyżej wspomnieliśmy, znalazł ogólny procent ślepoty wrodzonej 6·8%, zaś uwzględniając tylko dzieci do 10 r. ż, 25·8%, natomiast cyfry podane przez Harta zgadzają się z naszą statystyką.

Śluzoropotok noworodków zajmuje w naszej statystyce trzecie z rzędu miejsce pomiędzy przyczynami ślepoty (14·62%). W Galicyi wedle sprawozdania krajowej Rady zdrowia było w r. 1896 ślepych 266 w następstwie śluzoropotoku noworodków (5·5%), w r. 1899 335 (6·9%), w r. 1905 4·3%, w r. 1906 i 1907 4·5%. W Rosyi wedle Andowskiego śle-

pnie w następstwie śluzoropotoku noworodków 2·5%, zaś wedle Golowina 4·9%. Na Syberyi wedle Putiany-Kerschbaumer 3·3%. Największe spustoszenie czyni śluzoropotok noworodków na Jawie, gdzie wedle Lenderinka ślepnie więcej jak połowa wszystkich ślepych w następstwie tego cierpienia. W Austryi wedle Reussa (koniec 19 stulecia) śluzoropotok noworodków jest przyczyną ślepoty w 20·47% przypadków, stoi przeto na drugiem miejscu po ospie (21·06%). W Egipcie śluzoropotok noworodków odgrywa znacznie mniejszą rolę aniżeli w Europie. Wedle statystyki Osborne'a na 206 ślepych wypada tylko 41 wypadków oślepnięcia w pierwszym roku życia. Również Peretz podaje, że śluzoropotok noworodków spotyka się w Egipcie bardzo rzadko.

W Bawaryi na śluzoropotok noworodków ślepnie 8·9%, zaś biorąc pod uwagę tylko dzieci poniżej lat 10 38·02% (192 ślepych).

Na Węgrzech wedle Scholtz'a ślepnie 9·46% w następstwie śluzoropotoku noworodków.

W Chinach wedle Montagu Harstona obok jaglicy jest śluzoropotok noworodków główną przyczyną ślepoty.

Rockliffe badając 590 ślepych w zakładzie dla ciemnych w Hull znalazł 91 przypadków ślepoty w następstwie śluzoropotoku noworodków.

Wynika z tego, że Galicya pod względem śluzoropotoku noworodków nie stoi źle, w Bawaryi bowiem o wysokiej kulturze ślepnie znacznie więcej z powodu tego cierpienia bo 38·02% dzieci (nasza statystyka 21·69%). Jeżeli zaś uwzględnimy statystyki obejmujące cały wiek człowieka, to pominąwszy Jawę i Chiny, gdzie śluzoropotok noworodków czyni ogromne spustoszenia, widzimy, że większy procent ślepych z tego cierpienia przypada na Węgry (9·46%), na Bawaryę (8·09%), mniej zaś ma ślepnąć w Rosyi a zwłaszcza na Syberyi.

Zestawienia naszego, odnoszącego się do zmiękniena rogówek w następstwie zapalenia mieszkowego jelit nie możemy porównać z innymi statystykami, gdyż te nie uwzględniają tej przyczyny ślepoty.

Sprawy mózgowe dają w naszej statystyce 9·99% ślepoty u dzieci, w Rosyi wedle Andogskiego 2·6%, zaś wedle Golowina 3·90%, w Austryi wedle Reussa 11·21%, w Bawaryi wedle Schaidlera 4·81%.

Podnieść należy, że w następstwie urazu wedle naszej statystyki ślepną dzieci wyjątkowo (0·94%), podczas gdy uraz między przyczynami utraty wzroku na jednem oku zajmuje drugie miejsce (14·92%).

Podobnie rzecz się ma z jaglicą, spotkaliśmy jedynie jedno dziecko oślepłe z powodu tego cierpienia (0·47%), a utraciło wzrok na jednem oku także jedno (0·24%).

Z następstwami ospy wogóle nie spotkaliśmy się w ambulatoryum szpitala, mimo że w Galicyi ślepnie z powodu tego cierpienia wedle sprawozdania krajowej Rady zdrowia z roku 1906 i 1907 6·7%.

Zestawiając cyfry procentowe ślepoty różnych autorów i różnych statystyk, należy pamiętać, że ściśle nie można wszystkich ze sobą porównywać, gdyż procent ślepoty dla pewnej choroby obliczony, na materyale dzieci musi być innym, jak to powyżej przytaczaliśmy, aniżeli obliczony na materyale obejmującym cały wiek człowieka. Również, oprócz wieku, ma wpływ i sam materyał, z którego obliczamy procent jakoteż i inne względy.

Stosunek ślepoty do wieku:

Oślepło:

w 1-szym	roku	życia	89	dzieci	=	41·98%
» 2-gim	»	»	23	»	=	10·84%
» 3-cim	»	»	27	»	=	12.73%
» 4-tym	»	»	21	»	=	9·90%
» 5-tym	»	»	10	»	=	4·71%
» 6-tym	»	»	10	»	=	4·71%
» 7-ym	»	»	10	»	=	4·71%
» 8-ym	»	»	6	»	=	2·83%
» 9-tym	»	»	7	»	=	3·30%
» 10-tym	»	»	4	»	=	1·80%
» 11-tym	»	»	5	»	=	2·35%

razem 212 dzieci.

Jak z zestawienia powyższego widzimy najwięcej dzieci, bo prawie 42% ślepnie w pierwszym roku życia. Również w drugim, trzecim i czwartym roku życia procent ślepoty jest znaczny, bo wynosi 9·90—12·73%. Od 5 roku życia począwszy ślepota w znacznie mniejszym stopniu zagraża dzieciom, wynosi bowiem tylko od 1·80—4·71%.

Wedle Harta w wieku od 1—10 lat ślepnie 25·8%, zaś traci jedno oko 19·8%. Hart zestawił z kliniki w Tübingen 592 ślepych i 3121 jednookich, materyał jego odnosi się nie tylko do dzieci, ale i to głównie do dorosłych.

Engelmann podaje, że przypadki ślepoty wrodzonej i wcześnie nabytej stanowią 26·6% wobec 74·4% ślepoty nabytej w późniejszym wieku.

Znacznie wyższy procent ślepoty w pierwszych 10 latach życia wypada wedle sprawozdania krajowej Rady Zdrowia z r. 1905. Sprawozdanie to podaje bowiem 23·8% ślepych od urodzenia, zaś 4·3% ślepoty z powodu śluzoropotoku noworodków, czyli wypadałoby, że licząc tylko te dwie przyczyny, mamy 28·1% ślepoty w pierwszym roku życia. Ta sama statystyka podaje, że wedle wieku było ciemnych w kraju naszym w r. 1905 do 1 roku życia 45 czyli 1·01%, od 1—5 lat 62 czyli 1·39%, od 5—10 lat 184 czyli 4·14%. Razem więc do 10 r. ż. było ciemnych 6.54% (reszta przypadków ślepoty od urodzenia i z powodu śluzoropotoku została stwierdzoną w późniejszym wieku i tam policzoną).

Podobne cyfry znajdujemy w sprawozdaniu Rady Zdrowia za rok 1906 i 1907 a mianowicie 21·1% ciemnych od urodzenia i 4·5% ciemnych z powodu śluzoropotoku noworodków, czyli znów większy stosunkowo procent ciemnych na pierwszy rok życia, bo licząc tylko te dwie przyczyny otrzymamy 25·6%.

Wedle Rockliffe'a, który badał 590 osób w zakładzie ślepych w Hull w wieku od 4 dni do 94 lat, 115 osób oślepło w pierwszych 10 latach życia.

Celem ostatecznym statystyki ślepoty jest poznać przyczyny ślepoty, bo tylko znając przyczyny, można myśleć

o zwalczaniu ślepoty. Statystyka nasza oparta na 602 przypadkach, podzielonych ściśle według etiologii, daje nam pojęcie o najczęstszych przyczynach ślepoty u dzieci i możemy z niej wysnuć wskazówki w jakim kierunku należałoby działać.

Usiłowania rządowych władz sanitarnych naszego kraju działają skutecznie w kierunku zwalczania ospy przez obowiązkowe szczepienie i w kierunku śluzoropotoku noworodków przez zastosowanie systemu Credego. W ostatnich latach zaczęto się zajmować jaglicą; ciekawą pod tym względem jest praca Dra Kohna. Założenie specyalnych stacyi prowincyonalnych dla leczenia kiły wpływa także pośrednio na zmniejszenie ślepoty, mogącej powstać w następstwie tego cierpienia. W Szwecyi choroby weneryczne są wedle Widmarka w przeszło 20% przypadków przyczyną ślepoty (6·52% śluzoropotok + conajmniej 15% kiła).

Z autorów, zajmujących się statystyką ślepoty i środkami zapobiegawczymi Salzer, omawiając statystykę ciemnych w Bawaryi, dochodzi do wniosku, że należy ustawowo zobowiązać położne do donoszenia o każdym przypadku śluzoropotoku noworodków. Jako zaś drugi desiderat podnosi, aby mniej konserwatywnie leczyć oczy, mogące wywołać zapalenie sympatyczne. Że i u nas i u dzieci postulat ten ma znaczenie, wskazuje na to nasza statystyka, w której cyfra dzieci, które utraciły wzrok na jednem oku, w następstwie urazu, dochodzi do 60 (14·92%) a prawie każde z tych oczu może wywołać zapalenie sympatyczne.

Nasza statystyka wskazuje jednak w pierwszym rzędzie na zapalenie pryszczykowe, jako na główną przyczynę ślepoty u dzieci. Czy możemy tutaj przeciwdziałać. Aby w tym kierunku przeciwdziałać musimy niestety zejść do tak ogólnych postulatów, które graniczą nieomal z ideałem, jak podniesienie ogólnego dobrobytu i kultury.

Pominąwszy jednak te ogólne i dalekie cele, sądzę, że założenie prowincyonalnych oddziałów szpitalnych dla dzieci, z uwzględnieniem chorób ocznych, miałoby znaczenie. Szpitale takie szerzyłyby także pojęcia

o racyonalnem odżywianiu dzieci i zapobiegałyby ślepocie ze zmięknienia rogówek. Podniósłbym także, jako drugi postulat, dostępny do urzeczywistnienia, a po części już wykonany, jak najszersze rozpowszechnienie letnich kolonii dla dzieci i rozszerzenie tychże na wiek przedszkolny, w ogóle większe zajęcie się wiekiem przedszkolnym.

Literatura przytaczana:

1900. Andogsky N.: Zur Charakteristik der Augenärztlichen Land praxis in Russland. Zentrblt. d. Aughlk.

Lenderink: Blinden in de Kolonien. Tijdschrift voor Armenzorg.

Paly: Die Blinden in der Schweiz. Zeitschrift für Schweitzer Statistik 36 Jg.

Reuss: Blindeninstitute. Sociale Verwaltung in Oesterreich am Ende des 19 Jahrhunderts. Aus Anlass der Weltausstellung. Paris herausgegeben von special Comité f. Socialökonomie, Hygiene und öffentl. Hilfsverein.

Sprawozdanie krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1896.

1901. Hart: Klinisch statistischer Bericht über 4303 erblindete Augen. I. Teil. Inaug.-Diss. Tübingen.

Schwarzkopf: Klinisch statistischer Bericht über 4303 erblindete Augen II Teil. Inaug.-Diss. Tübingen.

Sprawozdanie krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1899.

1902. Kerschbaumer-Putiana: Bericht einer okulistischen Abteilung in Sibirien. Zeitsch. f. Augenhlk. VII.

Widmark: Ueber die Bedeutung venerischen Krankheiten als Blindheitsursache-Hygiea (po szwedzku).

1903. Imre: Die Ursachen der Blindheit in Nieder Ungarn. Ungarische Beitr. z. Augenhlk. III.

Osborne: Die Ursachen der Erblindung in Aegypten. Arch. f. Augenhlk. XLVII.

1905. Engelmann: Die Blinden im Deutschen Reiche nach den Ergebnissen der Volkszählung von 1900. Medic. statisch. Mitteil. d. kaiser. Gesundheitsamtes IX.

Salzer: Was lehrt uns die neuste bayerische Blindenstatistik. Münch.-med. Wochsch.

Schaidler: Die Blindenfrage in Konigreich Bayern. Die Blinden im Deutschen Reiche. München. Oldenbourg.

1907. Montagu Harston: L'Hopital Fung Wels à Hong-Kong. Brit. med. Journal.

Scholtz: Die Ursachen der Blindheit in Ungarn. Zeitschr. f. Aughlk. XVIII.

Ziemiński: Statystyka ślepoty w Królestwie Polskiem. Zdrowie.

1908. Die Blinden in Österreich. Wien.

Scholtz: Ursachen und Verbreitung der Blindheit in Ungarn. Zeitsch. f. Aughlk. XIX.

Sprawozdanie krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1905.

1910. Bednarski: O przyczynach ślepoty u dzieci. Lwowski Tygodnik lekarski.

Golowin: Die Blindheit in Russland. Odessa.

1911. Bednarski: Sur les causes de la cécité chez les enfants. Arch. d'ophtalm.

Pesetz: Consideration sur les causes et la fréquence de la cécité chez les enfants égyptiens au Caire. Anual. d'oculist. CX. LV.

Sprawozdanie krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1906 i 1907.

1912. Rockliffe: The blind and the census of 1911, to get her with statisticks asts the cause in blindress. Brit. med. Journ. ophtatmology Vol. VIII.

II. STRESZCZENIA.

Ophthalmology. 1914. Vol. X. Nr. 3. (Ref. K. W. Majewski).

Zasada leczenia światłem chorób ocznych. (The Basis of Light Treatment for Diseases of the Eye). Dr. Schanz. Drezno.

Autor przedstawia obszernie działanie światła, w szczególności niewidzialnych, krótkofalistych promieni pozafiołkowych, na narząd wzroku i znaczenie ich dla patologii poszczególnych części składowych oka. Stopień pochłaniania tych promieni przez spojówkę, rogówkę i soczewkę uwidacznia za pomocą reprodukcyi widm uzyskanych drogą doświadczalną. Omawia etyologiczną rolę, jaką odgrywają promienie pozafiołkowe w takich stanach patologicznych oka, jak *ophthalmia electrica*, *conj. vernalis*, oraz przypu-

szczalny wpływ ich na wytwarzanie zaćmy. Dalej przedstawia sposoby i środki ochronne przeciw szkodliwemu działaniu promieni krótkofalistych na oko. Z drugiej strony jednak i pomimo tego ich niekorzystnego wpływu wskazuje na możność wyzyskania bakteryobójczych własności promieni pozafiołkowych do leczenia niektórych schorzeń zewnętrznych oka, jak powierzchowne i głębokie nacieki rogówkowe, łuszczka, owrzodzenia, a także zapalenia brzegów powiekowych i zmiany na skórze powiek. W kierunku tym rozpoczął autor próby i uzyskał zachęcające wyniki. Powodzenie tego rodzaju fototerapii zależy jednak przedewszystkiem od należytego dawkowania promieni świetlnych, które zapomocą odpowiednich filtrów muszą być tak przesiane, ażeby ich niszczące działanie ograniczało się do części chorych z oszczędzeniem zdrowej tkanki otaczającej.

Dwa niezwykłe przypadki tętniącego trzeszczu. (Notes on Two Unusual Cases of Pulsating Exophthalmos). Odillo Maher. Sydney.

Oba spostrzeżenia autora posiadają ten wspólny, a zgoła wyjątkowy rys, że tętnienie wysadzonej gałki ustawało przy ucisku wywartym na tętnicę dogłowową strony przeciwnej. W pierwszym przypadku trzeszcz tętniący powstał wskutek uderzenia końcem laski i gałkę oczną zupełnie wywichniętą trzeba było wyłuszczyć. Wkrótce potem pojawiło się tętniące wysadzenie oka drugiego. Wyleczenie nastąpiło po podwiązaniu tętnicy dogłowowej wewnętrznej po stronie oka wyjętego.

W drugim przypadku wytworzył się trzeszcz tętniący oka lewego w kilka tygodni po złamaniu czaszki. Tętnienie znikało za uciskiem tętnicy dogłowowej prawej. Wkrótce pojawiło się także wysadzenie i drugiego oka. Do podwiązania wybrano tętnicę lewą dogłowową wewnętrzną, co sprowadziło trwałe obustronne wyleczenie.

Zapalenie tkanki oczodołowej z zupełną utratą wzroku. (Orbital Cellulitis with Total Loss of Vission). Tiffany. Kansas City.

U 27-letniego wieśniaka ość z kłosa pszenicy utkwiła w załamku górnej powieki. Nieodrazu udał się do lekarza, a tymczasem powieka silnie obrzmiała i przyszło do wysadzenia i unieruchomienia gałki ocznej z zupełną utratą poczucia światła. Autor zrobił głębokie nacięcie w załamku górnym między mięśniem prostym górnym a zewnętrznym, ale nie wypłynęła ani kropla ropy. Wysadzenie, obrzęk powiek i bóle powiększyły się jeszcze. Badanie

wziernikiem wykazywało liczne wybroczyny w siatkówce i zupełnie biały zanik tarczy nerwu wzrokowego. Dopiero po obfitym upuście krwi i przy zastosowaniu innych środków przeciwzapalnych objawy zaczęły się cofać powoli, ale wysadzenie oślepłej gałki ocznej ustąpiło dopiero po upływie kilku miesięcy. W przypadku tym zasługują na uwagę ciężkie następstwa drobnego na pozór uszkodzenia.

Spostrzeżenia okulistyczne na Wschodzie. (Observations on Ophthamology in the Orient). Tiffany. Kansas City.

Luźne notatki z podróży po Egipcie, Palestynie i Indyach i uwagi o technice operacyjnej, stosowanej przez Smitha z Amritsaru i przez Maynarda z Kalkuty.

Obustronne wręby soczewki. (Bilateral Coloboma of the Lens). Phinizy Calhoun. Atlanta.

Autor opisuje trzy przypadki, spostrzeganych przez siebie wrębów wrodzonych soczewki. W pierwszym przypadku soczewki były zaćmione i zostały wyjęte operacyjnie. Po wydobyciu stwierdzono na obu soczewkach dołem szerokie ubytki, które autor uważa za wrodzone colobomata. Przypadek ten przedstawiony w jednem z amerykańskich Towarzystw okulistycznych wywołał dyskusyę, w której podniesiono wątpliwość, czy wspomniane ubytki nie należałoby może uznać raczej za objaw samoisnego wessania zaćmy starczej. Dwa inne przypadki autora, w których wręby istniały również obustronnie, ale dotyczyły soczewek przeźroczystych, nie budziły już żadnych wątpliwości, co do tego, że były to zmiany wrodzone. Autor wspomina o doświadczeniach Weselyego i Van der Hoeve'a na szczurach, które zdają się świadczyć, że *coloboma lentis* jest następstwem wrodzonych ubytków we wiązadełku Zinna. Beard natomiast przypuszcza, że zarośnięcie lub brak jednej z gałązek naczyniowych, zaopatrujących pierwotny pęcherzyk soczewkowy, powoduje w dalszym rozwoju soczewki powstanie wrębu w postaci łukowatego ubytku na jej obwodzie.

Obrzęk okolicy plamki żółtej. (Oedema of the Macular Area of the Retina with Report of a Case). Karol Stuart. Cleveland.

U młodej mężatki nie przedstawiającej na pozór żadnych objawów jakiejkolwiek skazy ogólnej wystąpił nagle obrzęk obu siatkówek umiejscowiony na przestrzeni między tarczą nerwu wzrokowego, a plamką żółtą. Znaczne upośledzenie wzroku. Po zasto-

sowaniu jodu i rtęci przyszło na lewem oku do wyleczenia, a na prawem do częściowego zaniku nerwu wzrokowego. Mimo, że próba Wassermanna wypadła ujemnie i nie było żadnych danych co do kiły wrodzonej ani nabytej, autor przypuszcza jednak, że powodem zmian był kilak na przebiegu włókien makularnych w okolicy skrzyżowania.

Przypadek szkodliwego działania sekakorniny na oko. (On a Temporary Injurious, Accidental Action of Secacornin on the Eye). Féjer. Budapeszt.

Wiadomo, że sporysz zawiera cały szereg bliżej poznanych już dzisiaj istot, które w niejednakim stopniu warunkują farmakodynamiczne działanie tego środka leczniczego. Z istot tych znane są: ergotynina, ergotoksyna, kornutyna, kwas sfacelinowy, sfacelotoksyna i inne. Barger i Dallet wykazali nadto obecność połączeń aminowych, jak isoamylamina i hydroksylfeniloetylamina, którym głównie przypisują działanie zwężające naczynia przez podrażnienie nerwu współczulnego. Sekakornina, znany preparat wyrobu Roche'a, który jest wodno-alkoholowym, dyalizowanym wyciągiem sporyszu, ma również zawierać owe połączenia aminowe i oprócz skurczów macicy powoduje zwłaszcza przy silniejszych dawkach ogólne zwężenie naczyń, które może w danym razie objąć także zakres środkowej tętnicy siatkówki. Dowodzi tego przypadek 20-letniej kobiety, spostrzegany przez autora, gdzie już po wyżyciu kilkudziesięciu kropel sekakorniny wystąpiło znaczne zamglenie wzroku i zwężenie pola widzenia, a wziernik wykazywał bardzo znaczne zcieńczenie rozgałęzień tętnicy środkowej siatkówki, tak, że w obu oczach obraz oftalmoskopijny przypominał bardzo embolię tej tętnicy. Brakło tylko w dołku środkowym ciemnowiśniowej plamki. Zresztą po odstawieniu sekakorniny wszystkie objawy ustąpiły i wzrok na obu oczach wrócił do stanu prawidłowego.

Zastosowanie podwójnej soczewki cylindrycznej Jacksona do oznaczania refrakcyi. (The Use of Jackson's Cross Cylinders in Estimating Refraction). Kimberlin. Kansas City.

Autor przypomina przyrząd podany przed laty przez Jacksona, składający się z dwóch soczewek cylindrycznych o równej sile a przeciwnym znaku, ujętych we wspólną oprawę i dających się względem siebie osiami okręcać. Autor wykazuje zalety tego przyrządu, łatwość, z jaką się daje zastosować, i dokładność, jaką zapewnia przy oznaczaniu wad refrakcyi, toteż żałuje i dziwi się,

że nawet w wielkich podręcznikach okulistyki i dyoptryki najczęściej o nim nie ma żadnej wzmianki.

Wydobywanie zaćmy niedojrzałej w zamkniętej torebce. (The Intra-capsular Cataract Operation in Immature Cataract). Fisher. Chicago.

Wydobywanie zaćmy w zamkniętej torebce, sposobem wprowadzonym przez Smitha, jest zdaniem autora największem dotychczas zbliżeniem do ideału operacyi katarakty. Dwie są tylko przeszkody, które powstrzymują takie rozpowszechnienie tej metody, na jakie ona zasługuje. Pierwszą z nich jest potrzeba asystenta równie zręcznego, jak sam operator, drugą obawa wypływu ciała szklistego i złych następstw tego powikłania. Pułkownik Smith ma niezrównanego asystenta w osobie Hindusa Nur-Alego, który nie jest wcale lekarzem, a tylko zaledwie czemś więcej jak służącym operacyjnym. Nur Ali asystuje swemu panu od początku jego praktyki operacyjnej i przytrzymywał powieki przy 30000 operacyi katarakty, które Smith dotąd swoją metodą wykonał najpierw w Jullundur, a obecnie w pobliskiem Amritsar. Nur Ali miał zatem dosyć sposobności do nabycia potrzebnej przy asyście wprawy. To też w ręku Smitha odsetka wypływu ciała szklistego nie przekracza nawet 2%.

Autor poleca obmyślany przez siebie podwójny hak tępy do odchylania górnej powieki i spodziewa się przez to niezmiernie ułatwić rolę asysenta, a zarazem, zarzucając zupełnie używanie jakiegokolwiek rodzaju rozwórek, zmniejsza w wysokim stopniu niebezpieczeństwo utraty ciała szklistego. W liczbie 576 operowanych przez siebie metodą Smitha przypadków miał on 5·04% wypływu ciała szklistego, a 6·03% pęknięcia torebki, nadto trzy przypadki zakażenia ropnego, dwa krwotoku naczyniówkowego, w czterech przypadkach soczewka wyskoczyła z oka bezpośrednio po cięciu, a w jednym utonęła zaćma w głębi ciała szklistego. Tylko ten ostatni wypadek przypisuje autor własnej winie, t. j. nie dość zręcznemu wprowadzeniu łyżki Smitha. Wszystkie inne wyżej wymienione powikłania zdarzyćby się mogły tak samo przy dawnej, wśródtorebkowej metodzie operacyjnej. Ponieważ po wyjęciu zaćmy w zamkniętej torebce *ipso facto* odpadają wszelkie powikłania, jakie u operowanych starą metodą powodują pozostałości kory soczewkowej, przeto operacya Smitha pozwala z równą łatwością wydobywać zaćmy bardzo niedojrzałe, co jest wielkiem dobrodziejstwem, zwłaszcza dla chorych zarobkujących, i utrzymujących z pracy siebie i swe rodziny.

Wiestnik Oftałmologii. R. 1913. Październik, listopad, grudzień. R. 1914. Styczeń, luty, marzec. Ref. Dr. M. Szafnicki.

Przyczynek do zapalenia rogówki wywołanego grzybkami. Prof. K. R. Orton.

Autor opisuje 3 odnośne przypadki, gdzie sprawę zapalną wywołał: 2 razy Aspergillus fumigatus, a 1 raz Septosporium (Alternarius) bifureum.

Etyologia zapalenia spojówki na podstawie tysiąca badań. Doc. pryw. W. W. Czyrkowski i Doc. pryw. W. E. Adamiuk.

Autorzy doszli do podobnych wyników, co dawniejsi badacze.

Przypadek obustronnego glejaka siatkówki. A. A. Łowcow.

Artykuł nic oryginalnego nie przedstawiający.

O bystrości wzrokowej po wykonaniu irydektomii optycznej. Dr. med. A. P. Władyczewski.

Autor wykonał 122 razy wycięcie tęczówki i przyszedł do wniosku: 1) bystrość wzroku po operacyi podnosi się w bardzo nieznacznych granicach — przeważnie równa się ona liczeniu palcy w odległości kilku metrów, a tylko w rzadkich przypadkach dosięga 0·1 — 0·2; 2) wyniki pooperacyjne są tem gorsze, im silniejszy był proces zapalny w przednim odcinku oka i odwrotnie; 3) najlepsze wyniki daje operacya przy leucoma simplex; 4) najlepsze wyniki otrzymywał autor po wykonaniu irydektomii od zewnątrz, gorsze od wewnątrz; 5) wpływu wieku na bystrość wzrokową nie udało się stwierdzić.

Amidoazotoluol w chirurgii i lecznictwie ocznem. N. A. Lewinoj.

Autorka stosowała ten środek w przypadkach, gdzie chodziło o szybkie wytwarzanie się nabłonka czy to rogówkowego, czy to spojówkowego z bardzo dobrym skutkiem.

Kilka słów z powodu nowych przyrządów Dra S. P. Roszczewskiego do badania barw sposobem prof. Nagla i Holmgrena. W. P. Kataszników.

Autor od kilku miesięcy stosuje sposób dr. Roszczewskiego i wykazuje ślepotę na barwy w tych przypadkach, gdzie sposobem Holmgrena nie można było tego stwierdzić. Sposób ten jest częścią podobny do sposobu Holmgena, a częścią Nagla.

Przypadek przedostania się włosu końskiego do przedniej komory wskutek uderzenia batem w oko. Dr. med. P. Szeffer.

Przypadek dotyczył chłopca 8-letniego. Podczas zabawy uderzył go towarzysz w oko, poczem silny ból i łzawienie. Autor badając na drugi dzień prócz nastrzyknięcia rzęskowego znalazł w przedniej komorze leżący skośnie od tylnej powierzchni rog. do środka czarny włos długości 5 mm.; zrobiono cięcie nożem grotowym i szczypczykami tęczówkowemi usunięto włos, po miesiącu autor widział chłopca, oko wyglądało zupełnie dobrze, w miejscu rany operacyjnej i urazowej lekkie zmętnienie $V = {}^2/_3$.

Dwa przypadki neuroma plexiforme powieki górnej, Dr. med, A. G. Trubin.

Artykuł nic oryginalnego nie przedstawiający.

Leczenie niedomogi wewnętrznych prostych mięśni oka i zezu rozbieżnego szkłami wklęsłymi hyperkorygującymi. Dr. med. A. N. Wychodcew.

Autor stosował w kilku przypadkach sposób niedawno ogłoszony przez Landolta z bardzo dobrym skutkiem. Na podstawie swych przypadków przyszedł do wniosku, że: 1) do leczenia tym sposobem nadaje się każda niedomoga konwergencyi i zez rozbieżny niedochodzący 35^0 (niedowidzenie jednego oka nie stanowi przeszkody do stosowania tego sposobu); 2) główny warunek możności zastosowania hyperkorekcyi — rozległa szerokość akomodacyi t. zn. młody wiek, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie i w młodym wieku szerokość akomodacyi nie jest rozległą (wysokie stopnie krótkowzroczności, neurastenia, infekcyjne i toksyczne porażenia akomodacyi). U osób ponad 30 lat sposób Landolta niema zastosowania; 3) stopień hyperkorekcyi musi stać w proporcyonalnym związku z szerokością akomodacyi; 4) najbardziej nadaje się do tego sposobu leczenia emmetropia lub słaba krótkowzroczność, ta ostatnia jest lepsza do leczenia, gdyż w zamian za pewne przykrości spowodowane skurczem akomodacyi, daje pacyentowi poprawę bystrości wzroku.

O zmianie refrakcyi ócz 90 wychowanków brzeskiego męzkiego gimnazyum w przeciągu 5 lat. I. I. Kazas.

Praca nic oryginalnego nie przedstawiająca.

W sprawie organizacyi pomocy chorym ocznym w Rosyi. B. B. Orieczkin.

Rzecz bez znaczenia ogólnego.

W sprawie etyologii zaćm nabytych postępujących w młodym wieku „Cataracta dermatogenes“. Prof. W. I. Andogski.

Autor opisuje 4 przypadki zaćmy spotykanej u osób młodych, gdzie jedynie choroby skórne mogły być powodem tej zmiany w soczewce. Na podstawie swych przypadków i ogłoszonych poprzednio przez Wernera, Rothmunda i Niedena autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Zmętnienia soczewkowe rozwijają się w młodym wieku począwszy od pierwszego dziesiątka lat do trzydziestu włącznie, rzadziej u osób nieco starszych, u osób mających od dziecka oczy prawidłowe, a dotkniętych cierpieniami skórnymi już to w postaci rozległych zapaleń różnego typu (przypadki autora i Wernera), już to — zmian zanikowych (Rothmund) lub też w postaci zmian w układzie naczyniowym skóry.

2) Zaćmy takie przedstawiają początkowe ograniczone zmętnienie warstw leżących bezpośrednio pod przednią torebką w postaci cataracta stellata anterior, a właściwie cataracta polaris anterior subcapsulo-corticalis, albo też tworzą szerokie klinowate zmętnienia przednich warstw łącząc się w promienie trójkątne, biegnące od równika: pierwotne zmiany chorobowe we wszystkich tych przypadkach umiejscawiają się bezsprzecznie w nabłonku przedniej torebki; rzadziej, w wypadkach nieco odmiennej etyologii — ewentualnym udziale zmian w naczyniach ciałka rzękowego — zmętnienie rozpoczyna się w warstwach przytykających do tylnej torebki w postaci cataracta polaris posterior corticalis.

3) Początkowo nieznaczne zmętnienia postępują i prowadzą do całkowitego zaćmienia soczewki, tworząc cataracta mollis totalis; czas dojrzewania waha się od 8—16 dni u bardzo młodych osób, do 1—2 lat u starszych.

4) Zmętnienia te w żadnym razie nie mają cech zaćm powikłanych (cataracta complicata s. consecutiva), jakto, wogóle przypuszcza się o postępujących przednich tylnych biegunowych i korowych zaćmach, i nie łączą się z żadnemi zmianami ani zewnętrznych ani wewnętrznych części oka.

5) Rokowanie dają zupełnie dobre po usunięciu drogą operacyjną już to przez extrakcyę dojrzałej, lub przez sztuczne dojrzewanie zapomocą dyscyzyi. Etyologia do dziś dnia pozostaje niejasną; jedno nie da się wykluczyć: — ścisły związek ze sprawami chorobowemi na skórze. Różni autorzy starali się wyjaśnić ten związek, ale dotyczas nic pewnego nie udało się stwierdzić.

Zakażenie endogenne, jako przyczyna chorób ocznych.

Doc. pryw. J. W. Zielenkowski.

Autor wykonał 220 doświadczeń na zwierzętach celem zbadania:

1) warunków przedostania się drobnoustrojów różnej złośliwości (jadowitości) w rozmaite części prawidłowego oka;

2) wpływu na endogenne zakażenie oka: a) różnych miejscowych zadrażnień; b) ran operacyjnych;

3) wpływu toksynowych spraw zapalnych oka;

4) wpływu złego odżywiania;

5) wpływu ostrego i przewlekłego zatrucia alkoholem.

Równocześnie autor badał drogi mechanizmu przedostawania się drobnoustrojów do oka, jak również i znikania ich z oka, wreszcie warunki sprzyjające i przeszkadzające rozwojowi zapalenia oka. Na podstawie swych badań autor przyszedł do następujących wniosków:

I. W słabych stopniach ogólnego zakażenia doświadczalnego organizmu przedostawanie się drobnoustrojów, znajdujących się w krwiobiegu, przy prawidłowym stanie oka do przedniej komory jest możliwe, do ciałka szklistego nie zdarza się. W tych warunkach drobnoustroje znajdują się w przedniej komorze w znikomej ilości, w wysokim stopniu osłabione i pozostają w oku 1—2 doby, wskutek czego nie powodują żadnych zapalnych zmian oka. Do ciała szklistego oka prawidłowego przedostają się drobnoustroje tylko w wypadkach ciężkiego ogólnego zakażenia, przyczem zakażanie małemi ilościami bardzo złośliwych drobnoustrojów prędzej wywołuje zakażenie ciałka szklistego, aniżeli zakażenie dużemi ilościami słabych drobnoustrojów.

II. W przypadkach słabego ogólnego zakażenia i podrażnienia jednego oka (rodzaj podrażnienia nie odgrywa roli, byle był dość wybitny) krążące we krwi drobnoustroje przedostają się do cieczy wodnej zadrażnionego oka częściej i w większej ilości aniżeli do drugiego — prawidłowego; do ciałka szklistego przedostają się tylko w przypadkach b. silnego uprzedniego zadrażnienia oka; przedostawanie się bakteryi do oka w tych razach może powodować ostre postacie zapalne; tylny odcinek gałki przedstawia trudniejsze warunki do przedostawania się bakteryi krążących we krwi i lepsze środowisko dla ich rozwoju.

III. Rany operacyjne tylko w pierwszych godzinach po operacyi uspasabiają do zapalenia przy ogólnem zakażeniu; główną rolę w tym wypadku odgrywa uraz i połączone z nim zaburzenie w miejscowem krążeniu; krążące we krwi bakterye mogą zakazić operowane oko w następujący sposób: 1) dostają się do przedniej

komory razem z krwią z przeciętych przy operacyi naczyń; 2) dostają się z krwią do okołonaczyniówkowej przestrzeni przy odklejeniu przylegającej do rany części ciałka rzęskowego; 3) tworzą zakrzepy zakaźne; 4) dostają się do worka spojówkowego i wtórnie zakażają ranę. W razie przedostawania się bakteryi do przedniej komory rozwój zakażenia i dalszy los operowanego oka zależny jest od tego, w jakim stanie znajduje się naturalna przegroda obu odcinków gałki: w razie rozerwania tylnej torebki lub więzadła Zinna rozwija się zapalenie i w tylnym odcinku (ropień ciałka szklistego), w przeciwnym razie zapalenie to może nie przyjść do skutku. Zakażenie przerzutowe operowanego oka u królika (b. pyocyaneus, staphyl. pyog. aureus) najczęściej powstaje w postaci prosówkowego ropnia w tęczówce, rzadziej w postaci zapalenia ropnego naczyniówki; sama rana t. j. części zranionych tkanek wchodzących w skład późniejszej blizny, podczas całej sprawy gojenia przedstawiają się mniej odpornemi dla zakażenia krążącymi we krwi drobnoustrojami; zmiany anatomiczne i czynnościowe, powstałe w oku wskutek operacyi (wycięcie tęczówki, brak soczewki) w wypadkach prawidłowego gojenia się nie wpływają na częstsze schorzenie oka wskutek ogólnego zakażenia, również i wrośnięcie tęczówki nie odgrywa tu żadnej roli, natomiast przewlekłe stany zapalne, powstałe wskutek różnych powikłań podczas wykonania operacyi, bezsprzecznie uspasabiają do zmian na tle ogólnego zakażenia.

IV. Zapalenie oka, spowodowane toksynami krążących we krwi bakteryi, usposabia do przedostawania się do oka samych drobnoustrojów i nasilenia sprawy zapalnej, co daje się spostrzegać przez zwiększenie ilości przedostających się do porażonego oka bakteryi (w stosunku do drugiego zdrowego) i powstawanie zastoju żylnego, ułatwiającego dostawanie sie mikrobów z naczyń w tkanki oka.

V. Głód (zupełny i z wodą) sprzyja rozwojowi zakażenia oka, a nasilenie zapalenia zależne jest od stopnia głodu. Zjawisko to można wytłomaczyć albo zaburzeniem w odżywianiu ścian naczyń, albo powstawaniem zakrzepów w włoskowatych naczyniach, albo też krwotokiem wewnątrztkankowym oka. Woda wprowadzona do głodzonego organizmu nie ma wpływu na stan oka. Przedostawanie się bakteryi w tych warunkach do oka wywołuje ostre zmiany zapalne częścią charakteru plastycznego rzadziej ropnego; nasilenie zapalenia zależne jest od pierwotnego miejsca przedostania się bakteryi, na ogół najczęściej zajęty jest przedni odcinek gałki.

VI. Zatrucie wyskokiem już to ostre już to przewlekłe usposabia w wysokim stopniu do zakażenia oka, więcej aniżeli głód. Wpływ usposabiający w wypadkach ostrego zatrucia alkoholem zależny jest od porażającego działania tej trucizny na ośrodek na-

czynioruchowy, a w wypadkach przewlekłego zatrucia — od zmian śródbłonka naczyń oka. Zmiany na tem tle powstałe mają charaktor przeważnie b. ostry, aż do panophthalmitis, częściej jednak zajęty jest przedni odcinek gałki.

VII. Drobnoustroje dostające się do oka drogą krwi rzadziej powodują panophthalmitis aniżeli wprowadzone wprost do oka; w pierwszym przypadku częściej występuje zapalenie plastyczne; zjawisko to można wytłumaczyć osłabieniem bakteryi w ogólnym krwiobiegu, a także w niektórych narządach wewnętrznych, i mniejszą ilością bakteryi przedostających się do oka, aniżeli w przypadku drugim.

VIII. W przypadkach zakażenia oka na tle ogólnem bakterye przedostają do oka prawie wyłącznie przez naczynia krwionośne, a rzadko tylko przez naczynia chłonne nerwu wzrokowego — krażące we krwi mikroby dostają się do przedniego odcinka gałki głównie przez naczynia ciałka rzęskowego, a do tylnego — przez naczynia naczyniówki i siatkówki. Tęczówka dla przedniego, a międzypochewkowa przestrzeń nerwu wzrokowego dla tylnego odcinka gałki w tym wypadku mają znaczenie drugorzędne. Zakażenie ciałka szklistego, a równocześnie głębokich części oka przy ciężkiem ogólnem zakażeniu możliwe jest nie tylko drogą naczyń tylnego odcinku gałki, ale i bezpośrednio z przedniej komory. Sposób przedostawania się i rozwoju zakażenia oka nie zawsze jest jednakowy; zatrzymanie się w oku krążących w organizmie drobnoustrojów i przedostawania się ich w otaczające tkanki oko może powstawać wskutek: 1) zastoju krwi; 2) molekularnego zaburzenia w ścianach naczyń; 3) wybitnych zmian degeneracyjnych w nich; 4) powstawanie zakrzepów i zatorów zawierających bakterye; 5) krwotoku (per rexin et diapedesin). Jako czynniki przeciw działające zakaniu oka przy ogólnych sprawach zakaźnych występują: 1) zwykła przemiana cieczy wodnej, za pomocą której część mikrobów zostaje wydalona z oka przez przestrzeń Fontany i przewód Schlemna; 2) hamujące działanie cieczy wodnej na rozwój bakteryi znajdujących się w przedniej komorze; 3) trwałość i nieprzepuszczalność przegrody między przednim i tylnym odcinkiem oka, przez co utrudnia się przejście bakteryi z przedniej komory do ciałka szklistego, znakomitej pożywki dla mikrobów; 4) niejasne dotąd względnie trudne przedostawanie się baterуi ze krwi do ciałka szklistego w przypadkach słabego ogólnego zakażenia; 5) bardzo szybkie powstawanie fagocytozy we wszystkich częściach oka w przypadkach ogólnego zakażenia, nawet gdy oko napozór prawidłowo wygląda. Tem daje się tłomaczyć, że w wielu przypadkach ogólnego zakażenia, gdzie napewno drobnoustroje są w oku, nie przychodzi w niem

do zmian zapalnych, a jeśli, to zapalenie nie dosięga wysokiego stopnia.

Przypadek gruźlicy tęczówki. Dr. med. N. I. Burcew.

Przypadek o tyle ciekawy, że klinicznie trudno było rozpoznać gruźlicę, a jedynie mikroskop ustalił rozpoznanie.

Oko w związku z przyrządami optycznymi. A. I. von Poppen.

Rzecz nie nadająca się z powodu obfitości wzorów matematycznych do streszczenia.

O nowym sposobie przeszczepiania rogówki. Dr. W. A. Kuzniecow.

Autor zrobił szereg doświadczeń z przeszczepieniem rogówki sposobem Löhleina i naogół miał b. dobre wyniki.

Zarys działalności osobnego oddziału zapobiegania ślepocie, zostającego pod protektoratem cesarzowej Maryi Aleksandrownej. Dr. Ostrogorski.

Artykuł bez znaczenia ogólnego, wykazujący wielkie dobrodziejstwo dla Rosyi ruchomych oddziałów ocznych.

Projekt organizacyi pomocy dla chorych ocznych w Rosyi. Doc. pryw. A. Czermołosow.

Artykuł o charakterze czysto miejscowym bez znaczenia ogólnego.

Prosty sposób przedstawienia aberracyi chromatycznej oka. Doc pryw. E. T. Klimowicz.

Autor w tym celu rysował na czarnym matowym papierze czerwone i niebieskie znaki, a badanemu poleca się patrzeć na te znaki z odległości 1 metra kolejno na czerwone i niebieskie i równocześnie oznacza się skiakopią, siłę optyczną oka. Celem dowiedzenia aberracyi chromatycznej w oku wystarczy, sadzając pacyenta w dowolnej odległości od ekranu ze znakami i oznaczając punctum neutrum przy patrzeniu na jedną barwę, polecić mu przenieść wzrok na przedmiot innej barwy, przytem ruch cienia wskaże zaraz zmianę w ustawieniu oka. Celem wykazania zmiany wskaźnika dyspersyi przy akomodacyi, wpływu refrakcyi i t. d. należy oznaczyć od oka odległość puncti neutrius dla jednej i drugiej

barwy w różnych położeniach ekranu (np. w odległości 1 m., 50 cm., 25 cm. itd.). Doświadczenie powyższe udaje się jeszcze lepiej, jeśli zamiast rysowania ołówkiem kolorowych znaków użyjemy farby jaskrawej olejnej, można użyć jakichkolwiek barw, lecz najlepiej karminu i ultramaryny.

Zapalenia miąższowe. Obecne sposoby ich rozpoznawania i leczenia. Doc. pryw. A. W. Łotin.

Praca nic oryginalnego nie przedstawiająca.

Krótkowzroczność, dziedziczność. Dr. I. I. Kazas.

Autor utrzymuje, że dziedziczność w powstawaniu krótkowzroczności nie odgrywa żadnej roli; krótkowzroczność powstaje jedynie wskutek zajęć niehygienicznych; moment ten ma wielkie znaczenie, ponieważ wskazuje na drogę, którą należy iść, by zmniejszyć procent krótkowzroczności. Im więcej będą dzieci otoczone opieką, im goręcej będzie przeprowadzana w szkole i codziennem życiu hygiena pracy, tem mniej będzie krótkowzrocznych, tem »mniejsze będzie to cło za kształcenie się«.

Rzadki przypadek uszkodzenia oka kawałkiem szkła. A. L. Weinstein.

Autor opisuje przypadek dotyczący młodego mężczyzny, gdzie kilka miesięcy po urazie bystrość wzroku wynosiła $^6/_8$, a potem nagle oko zaczęło boleć, T—1, i wzrok równał się liczeniu palcy na 3 m. W końcu przyszło do enukleacyi.

Próby leczenia jaglicy promieniami Finzena. I. Izaak.

Autor kilka razy stosował ten sposób leczenia z bardzo dobrym skutkiem i jagły znikały po 4 dniach, a po 6 powstawały już delikatne blizny.

Niektóre kliniki i szpitale oczne japońskie. Dr. A. G. Wasiutyński.

Autor szczegółowo opisuje szpitale wojskowe i cywilne i kliniki oczne w Kioto, Tokio i Osaka.

Jeszcze o refrakcyi u zwierząt. K. Kardo-Sysojew.

Autor badał kilkadziesiąt zwierząt ssących, ptaków i ryb w różnym wieku i przyszedł do następujących wniosków:

1) w większości zwierząt występuje refrakcya nadwzroczna, przytem u większych zwierząt stopień nadwzroczności jest słabszy,

zbliżający się do emmetropii; refrakcya nie zależy zdaje się od sposobu żywienia się zwierząt, a tylko od wielkości;

2) krótkowzroczność zdarza się jako wyjątek;

3) w młodszym wieku zdarza się znaczniejsza nadwzroczność i zmniejsza szybko z wiekiem, dochodząc do normy wcześniej, niż następuje wiek dojrzewania;

4) niezborność rogówkowa spotyka się w bardzo nieznacznym stopniu, nie wychodząc poza granicę fizyologiczną;

5) zdolność akomodacyjna w większości zwierząt ssących jest bardzo nieznaczna, a zupełnie jej brak u kóz, owiec i królików, a bardzo słaba u koni i krów, nieco wyraźniejsza do 1·0—2·0 D u kotów, a do 2·0—3·0 D u psów; u ptaków jest ona znaczniejsza, przyczem więcej u odżywiających się ziarnem i przytem wybitniej występuje u młodszych;

6) atropina i ezeryna nie wpływa widocznie ani na akomodacyę ani na wielkość źrenicy u ptaków i ryb, u ssących wywołuje wybitne różnice w wielkości źrenicy.

Przypadek gruczolaka spojówki gałkowej z niezwykłym umiejscowieniem. M. D. Sokołow.

Gruczolak wielkości ziarna prosa znajdował się na spojówce gałki tuż przy rąbku.

Przypadek schorzenia przysadki mózgowej z porażeniem ócz i akromegalią. Dr. med. A. N. Wychodcew.

Autor opisuje przypadek dotyczący mężczyzny 21-letniego, gdzie po częściowem usunięciu nowotworu przysadki (gruczolaka eozynofilnego) bystrość wzroku i akromegalia pozostała bez zmian. Autor uważa ten wynik za korzystny wobec szybkiego pogarszania się bystrości wzrokowej przed operacyą.

Dwa przypadki plazmomy spojówkowej. Dr. O. Lewitskaja.

Artykuł nic oryginalnego nie przedstawiający.

Z powodu dziesięcioletniej czynności kolejowego okulisty. Dr. med. W. P. Kałasznikow.

Artykuł poruszczający bardzo ważne sprawy ale czysto miejscowe bez znaczenia ogólnego.

Jednostronne nieprawidłowości poczucia barw. S. R. Roszczewski.

Autor zbadał poczucie barw u około 2000 osób i przekonał

się, że, jak to stwierdził Hippel, często zdarza się jednostronna ślepota na barwy.

W sprawie znaczenia drobnoustrojów z rodzaju bact. coli w patologii oka. P. Czystiakow.

Autor opisuje przypadek zakażenia po operacyi zaćmy, gdzie bakteryologicznie stwierdzono bakterye z gatunku bact. coli. Sprawa zakończyła się po dłuższym czasie zanikiem gałki.

Przypadek avulsio bulbi et nervi optici. S. Oczapowski.

Przypadek dotyczył młodej kobiety; charakterystyczny z tego względu, że powieki były zupełnie prawidłowe, a odcinek nerwu wzrokowego wyrwanego razem z gałką wynosił 45 mm. długości.

Przypadek brodawczaka rogówki. M. N. Błagowieszczeński.

Przypadek nic oryginalnego nie przedstawiający.

W sprawie infiltracyjnego leczenia jaglicy rozczynem siarczanu miedzi. A. U. Kankrow.

Autor widział znakomite skutki przy leczeniu jaglicy za pomocą zastrzyknięć podspojówkowych siarczanu miedzi w rozczynach podspojówkowych 0·1—0·5% w ilości 0·3 najwyżej jednorazowo; wstrzykiwania takie powtarzał co 6 dni, a ogółem ilość rozczynu siarczanu miedzi wystarczająca do zupełnego wyleczenia wynosiła najwyżej 0·1.

W sprawie torbieli spojówkowych. D. A. Siwcew.

O usunięciu chrząstki w przypadkach jaglicowego podwinięcia powiek Kuhnt-Strauba i sposób autora dla wykonania tej operacyi. A. W. Kuzniecow.

Autor zmodyfikował w ten sposób operacyę Kuhnt-Strauba, że robi cięcie na powiece równoległe 2—3 mm. powyżej wolnego brzegu i dochodzi do chrząstki w tem miejscu, gdzie od strony spojówek jest ona najbardziej wygięta, następnie chwyta mięsień okrężny i oddziela go ku górze aż do powięzi chrząstkowooczodołowej, potem cięciami pionowemi do powierzchni chrząstki przecina ją aż do spojówki z wielką ostrożnością, by tej ostatniej nie nadciąć, a w końcu chwyta za górną wargę przeciętej chrząstki i odpreparowuje ją ku górze nożem ustawionym skośnie ku spojówce, usuwa chrząstkę jak przy sposobie Kuhnta-Strauba. Wy-

niki miał autor b dobre, a sposób ten według niego jest lepszy od oryginalnego z tego względu, że 1) spojówka zostaje nienaruszona, wskutek czego sprawa szybciej się goi i nie przychodzi do przerostu granulacyi w ranie; 2) sposób autora jest łatwiejszy, łatwiej pozwala uniknąć przecięcia mięśnia Müllera; 3) pozwala z łatwością usunąć złogi znajdujące się pod spojówką, a drażniące rogówkę; 4) jeśli spojówka jest bardzo silnie z chrząstką zrośnięta, to sposób ten umożliwia pozostawienie cienkiej warstwy chrząstki, nie mającej wpływu na wynik operacyi, a pozwalającej na zachowanie spojówki w całości.

W kwestyi retinitis albuminurica. N. Rachlis.

Zarys czynności oddziału ocznego Sosnowskiego ziemskiego szpitala za czas półtoraroczny. W. A. Fiełonow.

W kwestyi nowotworów powiekowych. Rak gruczołu Meiboma. Gruczolak gruczołów tłuszczowych. A. I. Pokrowski.

Artykuł nic oryginalnego nie przedstawiający; autor opisuje dwa rodzaje nowotworów obserwowane przez siebie.

Przypadek kilaka oczodołu. B. B. Orieczkin.

Po zastrzyknięciu 0·3 Salvarsanu kilak u kobiety 39-letniej w ciągu 6 dni zupełnie znikł, ale po $2^1/_2$ miesiącach nastąpił nawrot jeszcze silniejszy; wobec ogólnego wyniszczenia chorej nie zastosowano już »606«, a zastrzyknięcia Hg. salicyl, wewnętrznie K. J., po 40 zastrzyknięciach sprawa zupełnie ustąpiła.

W sprawie przeciwskazań ze strony narządu wzrokowego do leczenia salvarsanem. W. M. Ostroumow.

Na podstawie ogłoszonych i obserwowanych przez siebie 2 przypadków autor przychodzi do następujących wniosków: 1) wobec częstych zapaleń nerwu wzrokowego po zastrzyknięciu salwarsanu stosowanie tego środka należy uważać za przeciwskazane przy obecności przekrwienia tarczy nerwu wzrokowego; w tych razach tylko wtedy można stosować »606« jeśli rtęć i jod nie działają, albo źle są znoszone przez chorego; 2) wszyscy syfilitycy bez względu na sposób leczenia powinni poddawać się badaniu ócz, gdyż wtedy można będzie osądzić, jak często zdarzają się nawroty tej choroby w oczach bez leczenia i podczas leczenia, i wtedy tylko można będzie ostatecznie orzec, jak często występują zapalenia nerwu wzrokowego przy leczeniu »606«.

O głębokich skaleczeniach oczodołu „rejkami"[1]**) z następowym zanikiem nerwu wzrokowego.** I. S. Kirschman.

Autor opisuje 3 przypadki obserwowane przez siebie zaraz po skaleczeniu, we wszystkich tych przypadkach gałka oczna była nienaruszona, a drzazga szła wgłąb oczodołu uszkadzając nerw wzrokowy. Przez pierwszych kilka dni, pomimo, że chorzy nie rozpoznawali światła, dno było zupełnie prawidłowe, a następnie występował powoli typowy obraz zaniku nerwu wzrokowego.

Chorzy oczni poborowi badani w 1912 r. w warszawskim miejscowym Aleksandryjskim lazarecie. Dr. med. W. A. Łoktiew.

Sprawozdanie lecznicy ocznej w Merwi z 12 lat (od 1901—1913 r. G. Jepinatiew.

Psoriasis vulgaris corneae. E. G. Łazariew.

Autor miał w leczeniu chłopca 16-letniego, który od kilku lat cierpiał na psoriaris vulgaris, a od kilku tygodni zaczął chorować na prawe oko. Sprawa chorobowa w oku przedstawiała się w postaci silnie określonych zmętnień rogówkowych, rodzaj łusek psoriatycznych, zmętnienia te miały skłonność do rogowacenia i łuszczenia się; pozatem rogówka była prawidłowa, oprócz tych zmętnień w chorem oku było lekkie nastrzyknięcie rzęskowe. Leczenie miejscowe stosowane przez miesiąc pozostało bez skutku, natomiast ogólne — arszenikiem bardzo korzystnie wpłynęło na sprawę, łuski uległy zupełnemu wessaniu, nie pozostawiając śladu, równocześnie i zmiany na skórze zniknęły. Cały okres gojenia trwał przeszło 5 miesięcy.

Przypadek aniridiae congenitae bilateralis congenitae. P. A. Sidorow.

Autor podaje przypadek dotyczący chłopca 7-letniego z wrodzonemi zmianami już wielokrotnie opisanemi w literaturze.

Revue Générale d'Ophtalmologie. 1914. Nr. 1—3. (Refer. K. W. Majewski).

---

[1]) rejka — w miejscowem narzeczu Archangielskiej gubernii oznacza wązki skrawek pozostający przy przepiłowaniu belki na kilka desek.

Skostnienie gałki ocznej. (L'oeil osseux). B u s s y. Lyon.

Opisywano niejednokrotnie skostnienia w gałce ocznej, względnie w częściach dodatkowych. Niekiedy obecność tkanki kostnej w oku jest pochodzenia teratologicznego. Znane są również przypadki skostnienia spojówki, dotkniętej ciężką przewlekłą jaglicą (*Conjunctivitis ossificans*). Podobnie powstaje tkanka kostna w naczyniówce w oczach, w których przez długi czas toczyła się sprawa zapalna. Opisywano przypadki, gdzie następnie do skostnienia przyłączyła się sprawa nowotworowa (*osteosarcoma chorioideae*). Stosunkowo często występuje skostnienie w gałkach zanikłych. Skostnienia oczne przedstawiają ostateczną przemianę nacieków zapalnych, powstałych wśród błon ocznych pod wpływem jakiegokolwiek zakażenia. Nacieki te przychodzą zrazu w tkankę łączną włóknistą, silnie unaczynioną. Niektóre komórki, podobne do lymfocytów przeradzają się w osteoblasty, które wydzielają osseinę, tworząc kość pierwotną, a ta następnie przy współudziale naczyń kanalizuje się, tworząc typową tkankę kostną z ciałkami kostnemi i przewodami H a v e r s a. Autor opisuje różne postacie kostnienia wśródgałkowego. Naczyniówka może być skostniała w całości, wraz z soczewką, innym razem kostnieje tylko w pierścieniu dookoła ujścia nerwu wzrokowego (*Ossificatio annularis perioptica*) albo dookoła soczewki (*Ossificatio annularis circumlentalis*). Najczęściej tworzą się tu i ówdzie rozrzucone blaszki kostne (*Oss. disseminata*).

Skostnienie dotyczy z reguły oczów straconych dla wzroku i stanowi wskazanie do enukleacyi ze względu na niebezpieczeństwo zapalenia współczulnego. Nie zawsze jednak jest rzeczą łatwą wykazać za pomocą dotyku w zanikowej gałce obecność tkanki kostnej. R o l l e t pierwszy zastosował tutaj w celach rozpoznawczych promienie Roentgena. Zdjęcie należy robić od strony skroni i porównywać je z roentgenogramem drugiego, zdrowego oka, sporządzonym w taki sam sposób. Gdybyśmy się zadowolnili tylko jednem zdjęciem, różnice osobnicze, jakie istnieją w strukturze i zbitości ścian kostnych oczodołu mogłyby się stać łatwo źródłem pomyłek.

Operacya zaćmy z płatem spojówkowym wolnym (L'extraction de la cataracte à petit lambeau conjonctival libéré). H. T r u c. Montpellier.

Dla zabezpieczenia rany operacyjnej przy ekstrakcyi zaćmy podawano cały szereg przeróżnych modyfikacyi technicznych mających na celu przyspieszenie rychłozrostu, dokładniejsze przyleganie brzegów rany, a przedewszystkiem zapobieżenie infekcyi. Wielkie usługi oddaje w tym względzie utworzenie należytego płata spo-

jówkowego. Autor krytykuje mostkowy płat podany przez Vachera, który musi być blisko 10 mm. długi i sięgać prawie aż po załamek górny, gdyż inaczej nie możnaby pod nim dokonać wydobycia jądra soczewkowego. Utrudnia on też wszelkie manipulacye, jak cystotomię, wyrwanie torebki, oczyszczenie źrenicy z resztek, a nadewszystko utrudnia, lub wprost uniemożliwia wycięcie tęczówki. Nie jest Truc również zwolennikiem szwu rogówkowego poleconego przez Kalta, a tembardziej uważa za zbyteczny szew torebkowaty podany przez Rohmera. Sam od lat wielu wycina stale mały, wolny płat spojówkowy, któremu stara się zawsze nadać postać regularną i symetryczną, tak, żeby jego szerokość wzdłuż całej rany rogówko-twardówkowej była jednaka i nie wynosiła więcej, jak dwa do trzech milimetrów. Utworzenie takiego płatu dokonywa się równocześnie z cięciem rogówkowem i nie przedstawia szczególnych trudności. Podczas dalszych aktów operacyi, leży on odwrócony na rogówce, a potem po skończonej ekstrakcyi daje się z łatwością przy pomocy szpatułki przez ranę przerzucić i gładko w pierwotnem swem miejscu na twardówce rozścielić. Przylega on odrazu z pewną siłą do podłoża swego, tak, że w razach, gdzie wyjątkowo zachodzi potrzeba ponownego otwarcia rany odklejenie jego już bezpośrednio po operacyi sprawia pewną trudność. Jedną ujemną stroną wszelkich płatów spojówkowych jest możliwość wystąpienia krwi, zwłaszcza u osób z silniejszą sklerozą, powikłanie niemiłe zwłaszcza, jeśli krew nagromadzi się w przedniej komorze. Do pewnego stopnia można zapobiegać temu zapomocą adrenaliny. (Dodać należy, że prof. Wicherkiewicz od dawien dawna stale do cięcia płatowego przy operacyi zaćmy dodaje mały, wolny płatek spojówkowy. Przyp. ref.).

Wykrywanie obecności i umiejscowienia ciał obcych wśródocznych zapomocą radyografii pośpiesznej. (Diagnostic et localisation de corps étrangers intra-oculaires par la Radiographie rapide). Mallot. Lyon.

Pod względem wartości rozpoznawczej należy odróżnić radyoskopię od radyografii. Pierwsza, polegająca na oglądaniu prześwietlonego oka na ekranie, nie daje nawet wprawnemu badaczowi ani w przybliżeniu tyle pewności i precyzyi, ile mu dostarcza dobre zdjęcie radiograficzne. Dzięki udoskonalonej technice, której szczegóły autor podaje w powyższym artykule, można wykryć na takiem zdjęciu ciała obce metaliczne o ciężarze nie dochodzącym nawet 1 miligrama. Zwłaszcza t zw. metoda pospieszna radyografii zabezpieczająca przed zepsuciem kliszy i zatarciem cienia przez poruszenie się osoby badanej, okazuje się w praktyce metodą bar-

dzo czułą i bardzo dokładną. Nogier i Grashey wykonali następujące doświadczenie. Posypawszy pasek leukoplastu opiłkami żelaza tak drobnymi, że cztery lub pięć cząsteczek waży razem zaledwie 1/10 miligrama, przyklejali go do przedramienia, tak aby opiłki dostały się między przylepiec a skórę. Następnie zdejmowali roentgenogram przez całą grubość przedramienia zapomocą radiografii pospiesznej. Na zdjęciach widoczne były wszystkie opiłki. Dodać należy, że odpryski metalowe tak drobne, jak owe opiłki, nie mogą nigdy nabrać tyle żywej siły ruchu, żeby zdołały przebić ścianę gałki ocznej i dostać się do jej wnętrza. Wynika z tego, że jeżeli roentgenogram nie wykazuje żadnego cienia dostrzegalnego. to można z wszelką pewnością wyłączyć istnienie ciała obcego w oku. Odnosi się to wprawdzie tylko do ciał obcych metalicznych i to z wyjątkiem metali lekkich jak n. p. aluminium lub cyna, które jednak, już z powodu swej lekkości nie są w stanie przebić ścian oka i wniknąć w nie w postaci drobnych odprysków. Toż samo inne ciała obce, bardziej dla promieni Roentgena przeźroczyste, jak szkło lub drzewo, są trudniejsze do wykazania zapomocą radyografii, ale bądź co bądź na dobrych zdjęciach dają cienie wyraźne, podczas gdy na ekranie wyjątkowo tylko udaje się je dostrzedz. W każdym razie radyografia pospieszna zajmuje obecnie naczelne miejsce w szeregu metod wykrywania ciał obcych wśródocznych, zastosowanie jej bowiem rozciąga się na wszelkie metale niemagnetyczne, oraz na inne ciała, wobec których użycie sideroskopów i magnetometrów jest bezprzedmiotowe. Nawet w tych razach, gdzie przy zachowaniu przejrzystości ośrodków wziernik pozwala widzieć ciało obce, radyografia może być z pożytkiem zastosowaną, gdyż ma wartość trwałego dokumentu dyagnostycznego, a przytem dzięki znanej metodzie trzech zdjęć pozwala na bardzo ścisłe zlokalizowanie odprysku i ułatwia przez to należytą interpretacyę zawiłego nieraz obrazu wziernikowego.

III. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Hippel Eugeniusz z Halli przyjął powołanie do Goettyngi dla objęcia katedry po swym ojcu Prof. Art. Hipplu, który przechodzi w stan spoczynku.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz z Krakowa mianowany członkiem honorowym Kijowskiego Towarzystwa okulistycznego.